Nr. 40. 4. października 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. Witold LIPIŃSKI. Kraków.

O uproszczeniu odczynu Wassermanna i ujednostajnieniu wyników rozbieżnych, otrzymywanych przy równoczesnem użyciu trzech wywoływaczy.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej Uniwers. Jagiellońskiego w Krakowie.
Dyrektor: Prof. dr. Juljan Nowak.

Seligmann, a zą nim Wassermann, obawiając się wyników nieswoistych, żądają, jak wiadomo, aby odczyn Wassermanna wykonywać równocześnie z trzema wywoływaczami, a otrzymane wyniki pozwalają zużytkować tylko wtedy, o ile są zgodne ze wszystkimi wywoływaczami.

To niewątpliwie słuszne stanowisko, nie zawsze daje się utrzymać, a większość serologów, nie mogąc odczynu powtórzyć, radzi sobie przy rozbieżności wyników w ten sposób, że uwzględnia dwa zgodne wyniki. Zgodność wyników zależy, poza innemi czynnikami, od należytego wymiareczkowania wywoływaczy. Jednakowoż i najlepiej wymiareczkowane wywoływacze dają nam niejednokrotnie, bo w około 10% przypadków, wyniki niezgodne, które przyczyniają się w znacznej mierze do podrywania zaufania praktyka tak do odczynu, jak i do pracowni.

Nie znając dostatecznie istoty odczynu Wassermanna, nie umiemy powiedzieć, dlaczego z jednym wywoływaczem, wypróbowanym na szeregu surowic, otrzymujemy z daną surowicą wybitne zahamowanie, podczas, gdy z drugim, również czułym i pewnym, zupełną hemolizę.

W pracowni Instytutu posługujemy się trzema wywoływaczami: wywoływaczem Bordeta, t. j. alkoholowym wyciągiem z serca cielęcia (traktowanym uprzednio acetonem), wywoływaczem Sachsa, t. zn. alkoholowym wyciągiem z serca wołu z dodatkiem cholesteryny i wywoływaczem Wassermanna t. j. alkoholowym wyciągiem z wątroby płodu kiłowego.

Wychodząc z założenia, że każdy z wywoływaczy, zrobiony sposobem odmiennym, posiada niejako odmienny punkt zaczepienia i zadziałania w zetknięciu z surowicą badaną, zadałem sobie pytanie, czy rozbieżność wyników, przy zachowaniu swoistości, nie zniknie, a wyniki nie staną się bardziej przejrzyste, jeżeli zmieszamy odpowiednio używane wywoływacze. Postępowanie moje było następujące:

Wywoływacze wymianowane uprzednio rozcieńczałem odpowiednio roztworem fizjologicznym soli kuchennej, a zatem wywoływacz Bordeta w stosunku 1:10, wywoływacz Sachsa 1:15, wywoływacz Wassermanna 1:30. W tych rozcieńczeniach bowiem używane były wspomniane wywoływacze dotychczas z dobrym skutkiem. Po rozcieńczeniu wywoływaczy mieszałem ostrożnie otrzymane roztwory w równych częściach, posługując się w wykonaniu prób mieszaniną jako wywoływaczem. W ten sposób odczyn Wassermanna został uproszczony, gdyż wykonywałem go, używając trzech wywoływaczy, zamiast w czterech, w dwóch probówkach, przyczem probówka druga służyła jako kontrolna. Rzecz naturalna, że szczególniejszą uwagę zwracałem przy każdym odczynie na kontrolę wywoływacza i kontrolę systemu. Wyniki odczytywałem w godzinę po shemolizowaniu kontrol w cieplarce.

W ten sposób zbadałem 150 surowic, wykonując odczyn Wassermanna trzysta razy, z surowicą czynną i unieczynnioną. Wyniki porównywałem z wynikami, otrzymanemi równocześnie metodą zwykłą, używając tych samych odczynników.

Wyniki doświadczeń były następujące:

Na 206 odczynów Wassermanna, wykonanych przy zachowaniu jednakowych warunków wiązania dopełniacza (1 godzina przy ciepłocie 37° C), otrzymałem 100% wyników zgodnych. Przy odmiennym sposobie wiązania dopełniacza (w ciepłocie lodowni podług Jakobsthala i ciepłocie 37° C), otrzymałem na 94 badań w 12 przypadkach wyniki niezgodne, przemawiające na korzyść metody uproszczonej i wiązania dopełniacza podług Jakobsthala. Tablice podane niżej wykażą różnice.

TABLICA I.

Wyniki odczynu Wassermanna 12 przypadków niezgodnych z trzema wywoływaczami, przy wiązaniu dopełniacza w ciepłocie 37° C przez godzinę.

L. b.	Rozpoznanie kliniczne	O. W. z surowicą czynną	O. W. z surowicą unieczynnioną	Odczyn zmętnienia Meinickego MTR
1	9 miesiąc ciąży	0. 1. 3.	0. 0. 0.	ujemny
2	Nephropath. gravid.	3. 3. 4.	0. 0. 0.	"
3	Ciąża, gonorrhoea	4. 4. 4.	0. 0. 0.	"
4	Pityriasis rosea	3. 2. 2	0. 0. 0.	"
5	Ciąża	3. 3. 4.	0. 0. 0.	"
6	Impetigo capitis	4. 3. 3.	0. 0. 1.	"
7	Lues I. leczona	1. 0. 2.	0. 0. 0.	"
8	Mamka	0. 1. 3.	0. 0. 0.	"
9	3 dzień połogu	4. 4. 4.	0. 0. 0.	"
10	2 dzień połogu	1. 0. 1.	0. 0. 0.	"
11	Obserwacja	0. 0. 3.	0. 0. 0.	"
12	Obserwacja	0. 0. 0.	0. 0. 2.	"

Pomijając przypadek trzeci, gdzie obok ciąży i rzeżączki, kiła na podstawie wywiadów była prawdopodobna i przypadek 7 (*lues I.* leczona) otrzymaliśmy 9 razy nieswoiste zahamowanie z surowicą czynną, raz z surowicą unieczynnioną przy metodzie dotyczasowej.

Z wyjątkiem przypadku 7, (*lues primaria*, leczona), gdzie wynik otrzymany metodą uproszczoną z surowicą czynną, okazał się mniej czułym, we wszystkich przypadkach otrzymane wyniki przemawiają na korzyść me-

tody uproszczonej i wiązania dopełniacza podług Jakobsthala.

TABLICA II.
Wyniki odczynu Wassermanna 12 przypadków niezgodnych, otrzymane metodą uproszczoną, wywoływaczem mieszanym, uprzednio rozcieńczonym.

L. b.	Rozpoznanie kliniczne	O. W. z surowicą czynną	O. W. z surowicą unieczynnioną
1	9 miesiąc ciąży	ujemny	ujemny
2	Nephropath. gravid.	"	"
3	Ciąża gonorrhoea	słabo dodatni	"
4	Pityriasis rosea	ujemny	"
5	Ciąża	"	"
6	Impetigo capitis	"	"
7	Lues I. leczona	"	"
8	Mamka	"	"
9	3 dzień połogu	"	"
10	2 dzień połogu	"	"
11	Obserwacja	"	"
12	Obserwacja	"	"

Zestawiając otrzymane wyniki, stwierdzamy co następuje:

1. **Zmieszanie trzech wywoływaczy, uprzednio rozcieńczonych i użycie ich przy odczynie Wassermanna, upraszcza w znacznej mierze metodykę odczynu, pozwalając na zmniejszenie wszystkich odczynników do połowy, co dla większych pracowni serologicznych stanowi pewne znaczenie ze względów technicznych i ekonomicznych.**

2. **Ujednostajnia i ułatwia odczytanie wyników, usuwając rozbieżność i czyniąc wyniki bardziej przejrzystemi.**

3. **Przy wiązaniu dopełniacza w ciepłocie lodowni podług Jakobsthala może metodyka uproszczona ustrzec przed nieswoistemi wynikami dodatniemi, zwłaszcza z surowicą czynną.**

Doc. Dr. Tadeusz TEMPKA, asystent kliniki. Kraków.

Badania kliniczne nad wpływem wody z II. otworu wiertniczego w Krynicy (źródła »Zubera«) na przemianę azotową, oraz wydzielanie soku żołądkowego i treści dwunastnicowej.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. dr. Witołd Orłowski.

(Ciąg dalszy).

12. Średnia dobowa ilość azotu wszystkich istot wyciągowych wykazuje w doświadczeniu I. i III. w okresie II. wzrost o 0·0667 g. — 0·3953 g. t. j. o 7·4 do 35%, w okresie zaś III. spadek o 0·2145 do 0·2869 g. t. j. o 19—32% w stosunku do okresu I. Natomiast w doświadczeniu II. spada w czasie podawania »Zubera« o 0·6240 g. t. j. o 35% poniżej wartości okresu I.; spadek ten jeszcze bardziej zwiększa się po odstawieniu »Zubera«, różnica bowiem wynosi tutaj 0·7749 g. t. j. 44% w stosunku do okresu I.

13. Średni dobowy stosunek odsetkowy azotu mocznika do całkowitego azotu moczu okazuje w doświadczeniu I. i III. w czasie picia »Zubera« spadek o 0·2 - 4·5 na niekorzyść azotu mocznika; z chwilą odstawienia »Zubera« stwierdzamy skłonność do wzrostu odsetkowego stosunku na korzyść azotu mocznika, tak, że w doświadczeniu I. jest o 2·65 większy, niż w okresie I., zaś w doświadczeniu III. osiąga z powrotem wysokość okresu I. Natomiast w doświadczeniu II. stwierdzamy wzrost tego stosunku w czasie podawania »Zubera« o 3·8, po odstawieniu zaś »Zubera« o 5·2 na korzyść azotu mocznika w porównaniu z jego stosunkiem odsetkowym w okresie I.

14. Średni dobowy stosunek odsetkowy azotu wszystkich istot wyciągowych do azotu mocznika okazuje w doświadczeniu 1 i 3 w czasie stosowania »Zubera« wzrost na korzyść azotu istot wyciągowych o 1·47—6·4 w stosunku do okresu I.; z chwilą odstawienia »Zubera« występuje wyraźny spadek tego stosunku na niekorzyść azotu istot wyciągowych, wynoszący w doświadczeniu I. 2·14 w porównaniu z okresem I., w doświadczeniu zaś III. stosunek ten spada w porównaniu z okresem II. o 3·74, tak, że jest już tylko o 2·66 mniejszy, niż w okresie I-ym (w okresie II różnica wynosiła 6·4). W doświadczeniu II-em stwierdzamy w okresie picia »Zubera« spadek tego stosunku na niekorzyść azotu istot wyciągowych o 4·2, po odstawieniu zaś »Zubera« nawet o 5·9 poniżej odpowiedniej liczby okresu I.

15. Średnia dobowa ilość azotu przyswojonego t. j. wchłoniętego (azot przyswojony = azot wprowadzony z pokarmami — azot pokarmowy kału) spada w doświadczeniu I. i III. w czasie picia »Zubera« o 0·0724—0·2231 g. t. j. o 0·5—1·3% poniżej odpowiednich ilości okresu I.; po odstawieniu »Zubera« spadek w doświadczeniu I. jeszcze się zwiększa, gdyż różnica w stosunku do okresu I. wynosi 0·1126 g. t. j. 0.7% (w okresie II. 0·0724 g. t. j. 0·5%). W doświadczeniu zaś III. azot przyswojony wzrasta o 0·1213 g. t. j. o 0·7% powyżej ilości azotu przyswojonego w okresie I. W doświadczeniu I. natomiast stwierdzamy podczas podawania »Zubera« wzrost średniej dobowej ilości azotu przyswojonego o 0·5977 g. t. j. o 3·3% ponad odpowiednią ilość okresu I.; z chwilą zaprzestania stosowania »Zubera« okazuje ilość azotu przyswojonego pewien spadek, lecz jest ona jeszcze o 0·3263 g. t. j. o 1·8% większa, niż w okresie I.

16. Odsetek azotu przyswojonego obliczony za cały okres (azot wprowadzony: azot przyswojony =

$$= 100 : X; \quad X = \frac{\text{N. przysw.}}{\text{N. wprow.}} \times 100)$$

spada w doświadczeniu I. w ciągu stosowania »Zubera« o 0·4, po odstawieniu zaś »Zubera« o 0·95 w porównaniu z okresem I. W doświadczeniu II. stwierdzamy w ciągu stosowania »Zubera« wzrost odsetka o 3·9 w stosunku do okr. I-ego; po odstawieniu »Zubera« odsetek ten nieco się zmniejsza, lecz jest jeszcze o 3·1 większy, niż w okresie wstępnym. Wreszcie w doświadczeniu III. ulega odsetek azotu przyswojonego spadkowi o 1·7 w okresie picia »Zubera«, natomiast po zaprzestaniu podawania »Zubera« wzrasta o 0·3 ponad odsetek okresu I.

17. Średnia dobowa ilość azotu wydalonego (azot wydalony = azot całkowity moczu + azot pokarmowy stolca) okazuje we wszystkich doświadczeniach w czasie stosowania »Zubera« spadek o 1·004 do 1·7046 g. t. j. o 7—11% w porównaniu z okresem I.; po odstawieniu zaś »Zubera« ilość azotu wydalonego w 1 i 2 doświadczeniu wybitnie się zwiększa, gdyż jest już tylko o 0·3239—0·3979 g. t. j. o 2% mniejsza, niż w okresie I. Natomiast w doświadczeniu III. spadek po zaprzestaniu pi-

cia »Zubera« jeszcze się zwiększa, gdyż różnica w porównaniu z okresem I. wynosi 2·1795 g. t. j. o 15% — Ten spadek ilości azotu wydalanego jest tem dziwniejszy, że równocześnie wzmaga się wyraźnie ilość moczu.

18. Średnia dobowa ilość azotu zatrzymanego w ustroju t. j. właściwego azotu przyswojonego (azot zatrzymany = azot wprowadzony — azot wydalony z moczem i kałem) wzrasta w czasie picia »Zubera« we wszystkich doświadczeniach o 1·0037—1·5438 g. t. j. o 46—80% w stosunku do okresu I.; z chwilą odstawienia »Zubera« zauważamy w I. i II. doświadczeniu wybitną skłonność do osiągnięcia z powrotem poziomu okresu I-go. t. j. do spadku, gdyż ilość azotu zatrzymanego jest już tylko o 0·1281—0·3381 g. t. j. o 6·7—21% większa, niż w okresie I. Natomiast w doświadczeniu III. stwierdzamy w okresie III. jeszcze większy wzrost ilości azotu zatrzymanego, gdyż jest ona o 2·1951 g. t. j. 66% (w okresie II. o 1·5393 g. t. j. 46%) większa niż w okresie I.

19. Odsetek azotu uległego przemianie w ustroju, obliczony za cały okres (azot przyswojony : azot moczu = 100 : X) ulega w czasie picia »Zubera« wyraźnemu spadkowi we wszystkich doświadczeniach o 6·9—9·8 w stosunku do odpowiedniego odsetka okresu I. Po zaprzestaniu podawania »Zubera« stwierdzamy w doświadczeniu I. i II. wybitną skłonność do osiągnięcia z powrotem poziomu z okr. I-go, gdyż odsetek w okresie III. jest już tylko o 0·8—2·5 mniejszy, niż w okresie I. Natomiast w doświadczeniu III. stwierdzamy po odstawieniu »Zubera« jeszcze większy spadek odsetka azotu uległego przemianie, gdyż różnica jego w stosunku do okresu I. wynosi 12·9 (w okresie II. 9·8).

Na podstawie powyższych wyników przychodzimy do następujących wniosków:

Stosowanie »Zubera«, w ciągu 2 tygodni częścią ogrzanego do 40° C., częścią w ciepłocie pokojowej, u 3 młodych zdrowych osobników spowodowało:

a) Obniżenie stopnia przemiany azotu, zaczynające ustępować z chwilą odstawienia »Zubera« (19). Bezpośrednią przyczyną tej osłabionej przemiany azotowej jest tak wzmożone zatrzymywanie (18), jak i upośledzone wydalanie azotu z ustroju (17). Upośledzone wydalanie tyczy tak całkowitego azotu moczu jak i mocznika (9, 10). Że objawy te są rzeczywiście zależne od działania »Zubera«, wynika z faktu, że po zaprzestaniu jego stosowania ilość mocznika i całkowitego azotu moczu wzrasta (9, 10), a równocześnie zmniejsza się oczywiście ilość azotu zatrzymanego (17, 18).

b) Przyswajanie azotu, a tem samem i odsetek przyswojonego przez ustrój azotu ulega w czasie stosowania, jak i po odstawieniu »Zubera« zupełnie niejednostajnym, nie dającym się ująć w jakieś prawidło, drobnym wahaniom (15, 16), zależnym od również zupełnie niemiarowych wahań ilościowych azotu pokarmowego w stolcach (6). Te wahania, pokazujące raz nieco zwiększone, to znowu nieco obniżone przyswajanie azotu nie wpływają zasadniczo na stopień przemiany azotu; tem samem i wpływ »Zubera« na wykorzystywanie pokarmów jest niejednolity i nieznaczny.

c) Całkowity azot moczu i mocznik okazują zupełnie takie same wahania pod wpływem »Zubera« (9, 10). Pewne drobne zmiany w stosunku odsetkowym azotu mocznika do całkowitego azotu moczu (13) są wywołane odpowiedniemi wahaniami azotu wszystkich istot wyciągowych w stosunku do azotu mocznika, przyczem, oczywiście wzrost azotu istot wyciągowych powoduje zmniejszenie odsetka azotu mocznika w stosunku do całkowitego azotu moczu i naodwrót (14).

d) Azot wszystkich istot wyciągowych moczu (= Azot całkowity — azot mocznika) i zarazem jego stosunek odsetkowy do azotu mocznika ulega pod wpływem »Zubera« wyraźnemu wzrostowi (z wyjątkiem jednego [Nr. 2.] doświadczenia, gdzie się stwierdza spadek). Zależność tego wzrostu od działania »Zubera« wynika z tego, że z chwilą odstawienia »Zubera« występuje wyraźny spadek ilości azotu istot wyciągowych. Również i w doświadczeniu II., gdzie w czasie picia »Zubera« wystąpił spadek azotu istot wyciągowych, zaznacza się wpływ »Zubera« wyraźnie, gdyż z chwilą jego odstawienia spadek ten jeszcze bardziej się uwydatnił.

e) Wydalanie kwasu moczowego zachowuje się niejednostajnie (11) okazując w okresie stosowania »Zubera« to nieznaczny wzrost, to nieznaczny spadek; natomiast z chwilą odstawienia »Zubera« stwierdzamy we wszystkich doświadczeniach wyraźną skłonność do wzrostu, wyrażającą się w dwu doświadczeniach nawet przewyższeniem poziomu okresu I.

f) »Zuber« działa moczopędnie i zmniejsza kwasotę moczu (7, 8), przyczem działanie to utrzymuje się niekiedy jeszcze i po odstawieniu »Zubera».

g) »Zuber« działa odkażająco na przewód pokarmowy, albowiem w czasie jego stosowania stwierdzono stale zmniejszanie się ilości azotu bakteryj kałowych (5). Że okoliczność ta zależy rzeczywiście od wpływu »Zubera« wynika z tego, iż po odstawieniu jego w dwu doświadczeniach ilość azotu bakteryj kałowych ulega wzrostowi i to nawet ponad poziom okresu I., a tylko w jednem doświadczeniu stwierdzamy dalszy spadek.

h) Stosowanie »Zubera« zmniejsza, choć niewybitnie, to jednak wyraźnie, masę stolców i ich objętość (3), co widać zwłaszcza w doświadczeniu 1 i 2, gdzie po odstawieniu »Zubera« zauważa się znowu wzrost masy stolców. Pozorny wyjątek stanowi doświadczenie III., gdzie w czasie picia »Zubera« stwierdzamy wzrost masy stolców, po odstawieniu zaś jego, skłonność do spadku. Doświadczenie to jednak odbywało się w odmiennych, niż poprzednie, warunkach, albowiem w czasie stosowania »Zubera« występowała wyraźnie skłonność do biegunki.

i) Stosowanie »Zubera« o ciepłocie pokojowej wywołuje lekką skłonność do biegunek (doświadczenie 3), przeciwnie stosowany o ciepłocie 40 do 45° C wywołuje pewną skłonność do zaparcia (doświadczenie 1 i 2), wyrażającą się w zmniejszonej masie stolców (*h*) i brakiem wypróżnień w 4 dniach w okresie podawania »Zubera«.

j) Stosowanie »Zubera« powoduje wyraźny, choć niewybitny spadek wagi ciała, zwiększający się jeszcze nieco po jego odstawieniu. Równocześnie stwierdzamy w okresie picia »Zubera« wybitny wzrost strat skórno-płucnych, który po odstawieniu »Zubera« albo jeszcze nieco się zwiększa, albo też okazuje tylko nieznaczną skłonność do spadku.

Pewne odbiegnięcia od wyników doświadczeń 1 i 2 zauważamy w doświadczeniu III. mianowicie, w przeciwieństwie do odpowiednich wyników dwu pierwszych doświadczeń stwierdzamy tutaj w okresie III: wzrost azotu zatrzymanego (18), zmniejszenie ilości azotu wydalonego (17), spadek odsetka azotu uległego przemianie (19), spadek azotu całkowitego moczu (9), spadek ilości moczu (7), wzrost masy i ogólnego azotu kału (3, 4). Również i w II. okresie stwierdzamy pewne różnice w porównaniu do dwu pierwszych doświadczeń — mianowicie: spadek ilości moczu (7) i wzrost wagi stolców i ich ogólnego azotu. Jednakże, jak już powyżej wspomniałem, doświadczenie III. odbywało się w odmiennych warunkach, niż poprzednie, mianowicie w czasie bardzo wielkich upałów i przy wyraźnej skłonności do biegunek, w postaci obfitych, papkowatych stolców, które to okoliczności w zupełności tłumaczą powyższe zboczenia od ogólnych wyników. Zboczenia te jednak, jak widać z tablicy i powyższych zestawień, nie zamąciły w niczem zgodności zasadniczych wyników wszystkich doświadczeń (1, 2, 5, 8, 9, 10, 17, 18, 19), tak, że ostatecznie możemy następująco określić wpływ »Zubera« na przemianę azotową: Woda ze zdrojn »Zubera« stosowana przez 2 tygodnie u młodych zdrowych ludzi, tak o ciepłocie pokojowej jak i ogrzana do 40—45° C., w ilości 200 cm^3 dziennie, rozcieńczonych równą ilością wody zwykłej, powoduje:

a) wzmożone zatrzymanie, a tem samem i zmniejszone wydalanie azotu z ustroju, wskutek czego obniża się stopień przemiany azotowej.

b) Przyswajanie t. j. wchłanianie azotu w przewodzie pokarmowym nie ulega wyraźniejszym zmianom.

c) Wypłukiwanie z ustroju istot wyciągowych, w tem i kwasu moczowego ulega na ogół nieznacznemu i niejednolitemu wzmożeniu.

Ponadto jako bardzo ważne skutki działania »Zubera« należy podnieść: odkażanie przewodu pokarmowego, działanie moczopędne, obniżanie kwasoty moczu, wreszcie działanie zwiększające czynność wydalniczą, względnie wydzielniczą skóry i narządu oddechowego, a tem samem powodujące spadek wagi ciała.

Co się tyczy mechanizmu działania »Zubera«, to, rzecz prosta na podstawie tych doświadczeń możemy się obracać jedynie w obrębie przypuszczeń. Jasną zupełnie jest sprawa ostatecznej przyczyny zmniejszonej przemiany azotu, którą jest wzmożone zatrzymywanie i w następstwie tego upośledzone wydalanie azotu z ustroju. Jednakże czy ten azot ulega zatrzymaniu przez tkanki ustroju, czy też jego soki i jakie czynnniki to powodują, t. zn. czy mamy tu do czynienia z wpływem ilościowym, czy też jakościowym, czy też jednym i drugim tych lub innych jonów »Zubera«, z jego działaniem alkalizującem, czy też z działaniem wszystkich tych czynników razem wziętych — tego rodzaj powyższych doświadczeń nie może rozstrzygnąć.

To samo tyczy się i mechanizmu działania »Zubera« w kierunku zwiększonego na ogół wydalania z ustroju istot wyciągowych. Także nie jasny jest jego sposób działania przeciwgnilnego odnośnie do flory jelitowej. W każdym razie nie mogą tu wchodzić w grę wahania w zakresie zdolności chłonnej błony śluzowej jelit, zmieniające tem samem środowisko, powiedzmy naturalną pożywkę bakteryj jelitowych, gdyż, przynajmniej, odnośnie do połączeń azotowych, zdolność chłonna jelit okazuje bardzo niejednolite i nieznaczne wahania, podczas gdy ilość azotu bakteryj, a więc i ilość samych bakteryj, ulegała stale zmniejszaniu pod wpływem stosowania »Zubera«. Spadek kwasoty moczu nie potrzebuje tłumaczenia, natomiast, czy moczopędne działanie »Zubera« polega na działaniu jego jonów na mobilizowanie płynów w tkankach, czy też na działaniu na naczynia nerkowe, czy też na sam miąższ nerkowy i w jakim stopniu biorą w tem udział poszczególne rodzaje jonów — tego na podstawie moich doświadczeń również nie można rozstrzygnąć. Co się tyczy spadku wagi ciała, to niewątpliwie odgrywa tu rolę wzmożenie strat skórno-płucnych; czy i o ile miałby tu znaczenie jeszcze wpływ »Zubera« na przemianę tłuszczów i węglowodanów, tego pytania moje doświadczenia, z natury rzeczy, nie rozstrząsają. W każdym razie musimy odrzucić jako przyczynę spadku wagi ciała, zachowanie się przemiany azotowej. Wszystkie te zagadnienia musiałyby stanowić temat nie jednej, lecz szeregu odrębnych prac.

Rzucającym się w oczy wynikiem moich badań jest przedewszystkiem wykazanie zmniejszonej przemiany azotu, jako następstwa stosowania wody mineralnej, w tym wypadku »Zubera«. Porównanie moich wyników z wynikami badań innych autorów odnośnie do »Zubera«, odpada z braku odpowiednich badań nad tym zdrojem. Pozostaje więc jedynie rozpatrzeć, czy stosowanie innych podobnych wód może wywołać podobne skutki. W piśmiennictwie polskiem znalazłem pracę Lewickiego i Szczepańskiego (11), zajmującą się wpływem krościeńskiej szczawy alkaliczno-słono-wapniowej ze zdroju »Stefana«, a więc wody pokrewnej »Zuberowi« — między innemi na wydzielanie istot azotowych w moczu. Na podstawie 4 doświadczeń, przeprowadzonych u osobników bez jakichkolwiek zaburzeń w przemianie materji, przychodzą autorzy do wniosku, że pod wpływem tej wody, poza zwiększeniem się ilości moczu i obniżeniem kwasoty, zwiększa się w moczu ilość wszystkich połączeń azotowych, w pierwszym rzędzie azotu ogólnego i mocznika, czyli »że ustrój zostaje wyługowanym z najrozmaitszych produktów przemiany materji w ustroju zalegających«. Wnioski ich są więc wręcz przeciwne, niż moje. Badaniom tym jednak można zarzucić dwa niedociągnięcia w metodyce: mianowicie okres stosowania wody krościeńskiej wynosił u nich 6—8 dni, co dla obliczeń, związanych z przemianą azotu, jest okresem za krótkim; po drugie zaś autorzy ci, chcąc mieć tylko »porównawcze zestawienie o ile ilość azotu, chlorków i t. d. wydzielanych z moczem, zmienia się pod wpływem podawania wody alkaliczno-słonej« — nie oznaczali w stolcach azotu nie tylko pokarmowego, ale i ogólnego, przez co mieli do czynienia, oczywiście, z pewną niewiadomą, która się nie mogła przyczynić do ścisłości wyników.

W każdym razie przyjmowano prawie powszechnie, że wprowadzenie do ustroju nie tylko wód mineralnych, ale nawet i zwykłej wody w większej ilości powoduje żywszą przemianę materji wogóle, a więc i istot azotowych (Genth i Mosler, Becquerel, Chossat, Lehmann, Falk i inni (6). Natomiast odmienne są zapatrywania na temat, czy zwiększona w ten sposób ilość moczopędnego działania wód, t. zn., że powodują one tylko zwiększony wywóz już gotowego mocznika, czy też powodują one, dzięki swojemu wpływowi, czy to na czynność żołądka, czy jelit, czy też gruczołów — również i zwiększony rozpad białka, przyczem obok działania osmotycznego, a więc fizykalnego na komórki, miałby się tu ujawniać także i swoisty wpływ poszczególnych jonów danych wód (H. H. Meyer i J. Schütz (12). Takie spostrzeżenia, stwierdzające zwiększenie przemiany azotowej poczynili n. p. odnośnie do wód glauberskich, względnie gorzkich Baraduc, Pessez i Mosler (6), odnośnie do solanek Wendriner, Gruber i Engelmann (6). Z drugiej strony jednak stwierdzamy w odnośnem piśmiennictwie, że stosowanie wód mineralnych i to różnego rodzaju albo nie wywiera wogóle jakiegoś wyraźniejszego wpływu na przemianę azotową, albo też prowadzi raczej do jej ograniczenia. Tak n. p. Brandenburg (6) wykazał, że stosowanie wody karlsbadzkiej nie koniecznie musi być połączone ze zwiększonym rozpadem białka, lecz, że bilans azotu może pozostać bez zmiany, lub nawet może przyjść do zatrzymania azotu w ustroju. Również Seegen (6) zauważył wyraźne ograniczenie przemiany istot białkowych pod wpływem soli glauberskiej. Katz (12) nie widział wyraźnego wpływu wód glauberskich na przemianę azotową. Do takich samych wniosków dochodzi, odnośnie do wód alkalicznych, praca Mädera (12). Badania szkoły Noordena, mianowicie Doppera i Lebera (6) wykazały, że stosowanie solanek z Kissingen i Homburgu albo wcale nie wpływa na bilans azotu, albo też prowadzi do jego zatrzymywania przez ustrój. Doświadczenia Langsteina i Rietschela, a nadto Katza (12) nie wykazały również jakiegoś wyraźniejszego wpływu chlorku sodu na przemianę ciał białkowych. Wreszcie badania Strauba (12) na psach dowiodły, że mniejsze dawki chlorku sodu nie wywierają żadnego wpływu na przemianę azotu, większe zaś powodują oszczędzanie istot białkowych. Jednej z tych prac zrobiono podobny zarzut, jaki ja postawiłem wspomnianej powyżej pracy Lewickiego i Szczepańskiego (11) mianowicie Voit (6) twierdzi, że z pracy Seegena nie można wyciągać żadnych wniosków, gdyż nie uwzględniał on zachowania się azotu w stolcach. Tego rodzaju zarzutu nie można jednak zrobić moim badaniom.

To prawie ogólne, a więcej na teoretycznych, niż doświadczalnych podstawach oparte twierdzenie, że wody mineralne, zwłaszcza alkaliczne, wzmagają proces utleniania w ustroju, ma swe źródło, według H. H. Meyera i J. Schütza (12) w znanej okoliczności, że proces utleniania odbywa się żywiej w środowisku więcej alkalicznem. Miarą odczynu alkalicznego jest ilość wolnych jonów OH; jednakże ilość wolnych jonów OH soków ustroju nie ulega, według nich, wzmożeniu pod wpływem węglanów alkaljów, tem samem więc nie ma danych do wzmożenia procesu utleniania.

Wyniki moich badań, tyczące się wpływu »Zubera« na wydalanie kwasu moczowego, pokrywają się na ogół, z wynikami innych autorów, oczywiście odnośnie do innych wód. Tak n. p. Lewicki i Szczepański stwierdzili wyraźne wzmożenie się ilości kwasu moczowego w moczu pod wpływem wody krościeńskiej. Toż samo Wendriner i Gilardoni (12) doszli do podobnych wyników przy używaniu wód z Neuenahr, względnie San Pelegrino.

Wreszcie, podobnie jak i ja, stwierdzają wszyscy przy

stosowaniu wód alkalicznych zwiększone działanie moczopędne i obniżenie się kwasoty moczu.

CZĘŚĆ II.

Wpływ »Zubera« na wydzielanie żołądkowe.

Druga grupa doświadczeń miała za cel wykazać wpływ »Zubera« na wydzielanie soku żołądkowego. Materjał spostrzegawczy stanowiło 15 chorych, których można podzielić pod względem stosunków wydzielniczych żołądka na 3 grupy.

Grupa I. obejmuje 3 przypadki prawidłowej czynności wydzielniczej żołądka (J. S. l. 26 panna R. szk. 1923/24. L. dz. 121, *colitis catarrh. chr.*; J. B. l. 44 mężcz. R. szk. 1924/25. L. dz. 73, *cholecystitis subacuta*; M. K. l. 29 panna R. szk. 1924/25. L. dz. 155, *dyspepsia ventriculi)*.

Grupę II. stanowi 9 przypadków ze wzmożoną chorobowo czynnością wydzielniczą żołądka, w tem 4 przypadki wrzodu trawiennego przyodźwiernikowego. (J. S. l. 30 mężczyzna R. szk. 1923/24. L. dz. 81. *Hypersecr. dig. ventr.*; M. U. l. 24 panna R. szk. 1923/24. *Hypersecr. dig. ventr.*; M. W. l. 17 mężcz. R. szk. 1923/24. L. dz. 115. *Hypersecr. dig. ventr., Enterocolitis cat. chr.*; R. S. l. 48 mężcz. R. szk. 1923/24. L. dz. 143. *Hypersecr. cont. ventr. Ulcus pept. iuxtapyl.*; J. K. l. 38 mężcz. R. szk. 1923/24. L. dz. 153. *Hypersecr. cont. ventr. Ulcus pept. iuxtapyl.*; J. K. l. 22 mężcz. R. szk. 1923/24. L. dz. 183. *Hypersecr. dig. ventr.*: D F. l. 27 mężcz. R. szk. 1924/25. L. dz. 45. *Hypersecr. dig. Ulcus pept. iuxtapyl.*; J. B. l. 57 mężcz. Rok szk. 1923/24. L. dz. 75. *Hypersecr dig. ventr. Ulcus iuxtapyl.*; J. K. l. 58 mężcz. R. szk. 1924/25 L. dz. 147. *Hypersecr. dig. ventr.*).

Grupa III. składa się z 3 przypadków upośledzonej czynności wydzielniczej żołądka. (F. C. mężcz. l. 46. R szk. 1923/24. L. dz. 149. *Achylia gastrica;* S. W. l. 22 mężcz. R. szk. 1923/24. L. dz. 227. *Hypochylia gastr.*; G. Z. l. 26 panna. R. szk. 1924/25. L. dz 153. *Achylia gastr.)*.

Sposób przeprowadzania badań był następujący:

Każde doświadczenie posiadało 3 okresy, mianowicie wstępny 3—16-dniowy, służący dla stwierdzenia stosunków wydzielniczych przed rozpoczęciem stosowania »Zubera«, okres drugi t. j. okres właściwego doświadczenia, wynoszący w większości doświadczeń 20 dni, a dochodzący niekiedy i 32 dni, mający wykazać wpływ »Zubera« na zdolność wydzielniczą żołądka i wreszcie okres trzeci, końcowy, wynoszący średnio 7 dni, służący dla stwierdzenia stosunków wydzielniczych żołądka po odstawieniu »Zubera«. Chory dostawał »Zubera« w taki sam sposób, jak i w pierwszej grupie doświadczeń, mianowicie naczczo i o godzinie 5 popołudniu po 100 cm^3 zdroju rozcieńczonego taką samą ilością wody wodociągowej. W okresie I. i III. natomiast pił chory naczczo i popołudniu po 200 cm^3 wody wodociągowej o takiej samej ciepłocie jak w okresie II. W dwu doświadczeniach mieszanina »Zubera«, względnie woda zwykła miała ciepłotę pokojową, w reszcie doświadczeń natomiast ciepłota jej wynosiła 40—45⁰. Dieta była przez cały czas doświadczenia taka sama, dostosowana, oczywiście, do stanu chorego. Leków nie pobierał chory żadnych, albo tylko w razie konieczności takie, które nie mają wpływu na czynność wydzielniczą żołądka. Badanie treści żołądkowej dokonywałem po śniadaniu próbnem Ewalda-Boasa, w jednem doświadczeniu po objedzie próbnym Leubego-Riegla, — i to w okresie I. i III. w dzień lub co 2—3 dni, w okresie II. co parę dni, przyczem, o ile możności, starałem się, by badania te przy przejściu z jednego okresu w drugi odbywały się w dzień. W treści żołądkowej oznaczałem zapomocą miareczkowania ogólną kwasotę, kwas solny wolny i utajony, nadto w przypadkach braku wolnego kwasu solnego jego niedobór, siłę peptyczną kazeinowym sposobem Grossa i ilość białka rozpuszczonego sposobem Wolffa-Junghansa. Wreszcie przy każdem badaniu oznaczałem ogólną ilość treści żołądkowej metodą Jaworskiego. Ponadto zwracałem zawsze uwagę na zachowanie się ogólnych, głównie zaś żołądkowych objawów jak bóle, wzdęcia, zgaga, odbijania, napięcie powłok brzusznych.

Wyniki tych badań uwidaczniam w następującej skróconej do ostatecznych granic tablicy:

TABLICA III.

	Tablica III.	Okres	Ilości średnie okresu: Ogólna ilość treści (cm^3)	Ogólna kwasota	HCl wolny	HCl utajony
Grupa I.	M. K., panna, lat 29. Rok szkolny 1924/25. L. dz. kl. 155. *Dyspepsia ventriculi*	I.	150	38	22	9
		II.	199	48	35	9
		III.	126	51	33	10
Grupa II.	J. S. mężczyzna, lat 30. Rok szkolny 1923/24. L. dz. kl. 51. *Hypersecretio dig. ventriculi.*	I.	221	72	58	7
		II.	176	73	62	6
		III.	120	60	51	6
	H. K., mężczyzna lat 22. Rok szkolny 1923/24. L. dz. kl. 183. *Hypersecretio dig. ventriculi.*	I.	102	72	57	12
		II.	93	73	44	6
		III.	100	60	46	8
Grupa III.	St. W., mężcz. lat 22. Rok szkolny 1923/24. L. dz. kl. 227. *Achylia gastrica.*	I.	168	14	—	6
		II.	132	11	—	—
		III.	147	12	—	—

Ogólne wyniki tych badań, odnoszące się do średnich ilości całego okresu są następujące: Picie »Zubera«, ogrzanego do 45⁰C, rozcieńczonego w równej części wodą zwykłą, w ilości dziennej odpowiadającej 200 cm^3 nierozcieńczonego »Zubera« przez okres około 3-tygodniowy, — powoduje:

U osobników z prawidłową czynnością żołądka:

1. Ogólna ilość treści ulega stale wyraźnemu, czasem nawet wybitnemu wzmożeniu podczas stosowania »Zubera«. Ten wpływ »Zubera« uwydatnia się jeszcze wyraźniej w tem, że z chwilą odstawienia go, ilość treści spada bardzo wybitnie, a tylko niekiedy okazuje jakby lekki wzrost.

2. Zasadniczo takie same wahania stwierdzamy odnośnie do wolnego kwasu solnego i ogólnej kwasoty.

3. Natomiast zachowanie się utajonego kwasu solnego jest zupełnie niejednolite, gdyż pod wpływem »Zubera« występuje to spadek jego ilości, to wzrost, lub też nie ma żadnych wahań. Odstawienie zaś »Zubera« powoduje na ogół skłonność do nieznacznego spadku w porównaniu do jego wartości w okresie stosowania »Zubera«.

4. Wyniki poszczególnych badań okazują względem siebie naogół znaczne wahania.

5. Wpływ »Zubera« uwidocznia się przeważnie zaraz z chwilą zastosowania go, jak również zaraz z chwilą zaprzestania podawania występuje wpływ jego odstawienia.

6. W przypadku podostrego zapalenia woreczka żółciowego ustąpiły bardzo szybko objawy chorobowe w czasie picia gorącego »Zubera«, przyczem zastosowano jeszcze, rzecz prosta, spokój, dietę i gorące okłady.

U osobników ze wzmożoną czynnością wydzielniczą żołądka:

1. Ogólna ilość treści zachowuje się zupełnie niejednostajnie, okazując w czasie stosowania »Zubera« w 5 przypadkach spadek, w 4 zaś wzrost; również i po odstawieniu »Zubera« występował zupełnie niejednolicie to spadek, to wzrost w stosunku do poziomu poprzedniego okresu.

2. Podobnie i ilość wolnego kwasu solnego, jak i ogólnej kwasoty okazuje niejednostajne wahania w czasie stosowania »Zubera«, albowiem w 5 przypadkach spada, w 4 zaś wzrasta odnośnie do wartości okresu I-go. Po odstawieniu zaś »Zubera« stwierdzamy w 5 przypadkach spadek, w 4 zaś wzrost ilości wolnego kwasu solnego w porównaniu z okresem stosowania »Zubera«. Trzeba nadto podnieść, że między tym spadkiem, a wzrostem nie ma żadnej zależności, albowiem przypadki, okazujące wzrost w okresie II. okazują w okresie III. to dalszy wzrost, to spadek i naodwrót. Również nie stwierdzamy żadnej równoległości między zachowaniem się wolnego kwasu solnego i ogólnej kwasoty, a zachowaniem się ogólnej ilości treści.

3. Utajony kwas solny okazuje więcej jednolite zachowanie się pod wpływem »Zubera«, albowiem w 7 przypadkach okazuje spadek, w 1 pozostaje bez zmiany, a tylko w jednym nieco wzrasta; natomiast po odstawieniu »Zubera« okazuje i on, podobnie jak wolny kwas solny i ogólna ilość treści, zupełnie niejednostajne wahania, przedstawiając to spadek, to wzrost, to pozostając bez zmiany w stosunku do okresu II.

4. Wyniki poszczególnych badań okazują względem siebie, podobnie jak i w grupie I., wybitne wahania.

5. Wpływ podania, względnie usunięcia »Zubera« objawia się przeważnie zaraz w samym początku zastosowania, względnie odstawienia go.

6. W 4 przypadkach wrzodu trawiennego okołoodźwiernikowego i równoczesnego wzmożonego wydzielania żołądkowego znikają w ciągu pierwszych kilku do kilkunastu dni stosowania »Zubera« objawy podmiotowe (bóle, zgaga) i przedmiotowe (napięcie mięśni brzusznych), oczywiście, przy równoczesnej diecie, spokoju i okładach gorących — tak, że chorzy opuszczają klinikę po skończonem stosowaniu »Zubera« jako klinicznie zupełnie wyleczeni. Jedynie w jednym przypadku w tydzień po odstawieniu »Zubera« zaczęły występować ponownie dolegliwości żołądkowe.

7. Picie »Zubera« o ciepłocie pokojowej, przeprowadzone w 2 przypadkach, okazało taki sam skutek, jak w innych stosowanie »Zubera« gorącego.

8. W jednym przypadku wzmożonego wydzielania żołądkowego zniknęły objawy podmiotowe, od niego zależne, już w ciągu pierwszego tygodnia stosowania »Zubera«; w drugim przypadku takiegoż cierpienia objawy podmiotowe tylko się zmniejszają, lecz nie ustępują całkowicie. W 2 innych przypadkach zwiększonego wydzielania żołądkowego nie można nic mówić o wpływie »Zubera« na objawy podmiotowe, gdyż znikły one jeszcze przed podaniem »Zubera« jedynie pod wpływem diety, łóżka i gorących okładów. W jednym przypadku nieżytu przewlekłego jelita grubego nie wywołało stosowanie gorącego »Zubera« żadnego polepszenia.

9. Na szczególne podniesienie zasługuje okoliczność, że ustępowanie objawów chorobowych, wywołanych czy to samą wzmożoną czynnością wydzielniczą żołądka czy też jeszcze i równoczesną obecnością wrzodu trawiennego — bynajmniej nie zawsze idzie w parze z odpowiedniem zachowaniem się treści żołądkowej, gdyż n. p. w 3 tego rodzaju przypadkach (dośw. 1, 4 i 7) stwierdzamy — mimo dalszego wzmożenia się pod wpływem »Zubera« tak ogólnej kwasoty, jak wolnego kwasu solnego i ogólnej ilości treści, — objawy zupełnego wyleczenia, przynajmniej pod względem klinicznym. Występuje to jeszcze jaskrawiej w zestawieniu z przypadkami (doświadczenie 2), gdzie, — pomimo zmniejszenia się pod wpływem »Zubera« wzmożonego nadmiernie wolnego kwasu solnego i ogólnej kwasoty — przychodzi tylko do częściowego ustąpienia objawów podmiotowych. Jedynie utajony kwas solny okazuje we wszystkich tych przypadkach z wyjątkiem jednego (2), albo spadek, albo też utrzymuje się na tym samym poziomie, co i przed podaniem »Zubera«.

U osobników z upośledzoną czynnością żołądka:

1. Kwas solny wolny nie pojawił się nigdy, ani w czasie podawania »Zubera«, ani po jego odstawieniu.

2. Kwas solny utajony zachowuje się zupełnie niejednolicie, okazując pod wpływem »Zubera« albo spadek, względnie nawet zupełne zniknięcie, albo przeciwnie nieznaczny wzrost. Również i z chwilą odstawienia »Zubera« stwierdzamy to wzrost, to spadek.

3. Ogólna kwasota spada pod wpływem »Zubera«, z wyjątkiem jednego przypadku (3), gdzie występuje ledwo zaznaczony wzrost. Odstawienie »Zubera« powoduje albo dalszy spadek ogólnej kwasoty, albo też nie okazuje żadnego wpływu na nią.

4. Ogólna ilość treści ulega również wyraźnemu spadkowi, z chwilą zaś zaprzestania stosowania »Zubera« albo jeszcze więcej spada, albo też nieznacznie się podnosi, nie osiągając poziomu okresu wstępnego.

5. Niedobór wolnego kwasu solnego zmniejsza się nieznacznie, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym okazuje prawie trzykrotny wzrost. Odstawienie »Zubera« spowodowało we wszystkich przypadkach lekki spadek niedoboru w stosunku do okresu stosowania »Zubera«.

6. Siła peptyczna soku żołądkowego nie okazała pod wpływem »Zubera« żadnego wzmożenia.

7. Ilość białka rozpuszczonego soku żołądkowego nie uległa żadnej zmianie ani w okresie picia »Zubera«, ani po jego odstawieniu.

8. Wyniki poszczególnych badań okazują względem siebie wyraźne wahania, jakkolwiek nie tak wybitne, jak w dwu poprzednich grupach.

9. Ilościowe wahania składników treści żołądkowej występują zaraz w początku podania, względnie odstawienia »Zubera«.

10. Objawy podmiotowe wywołane niedomogą wydzielniczą, jak gniecenie w dołku podsercowym, odbijania i t. p. ustąpiły w jednym przypadku zupełnie, w drugim zaś nie mógł się wcale uwydatnić wpływ »Zubera«, gdyż chory, poza przedmiotowo stwierdzoną niedomogą wydzielniczą żołądka, nie miał żadnych podmiotowych objawów. Wreszcie w trzecim przypadku, gdzie objawy podmiotowe były zależne od silnych zrostów żołądka z otoczeniem, nie mógł mieć »Zuber«, oczywiście, żadnego wpływu.

Ostateczne tedy ogólne wnioski brzmią następująco:

Stosowanie »Zubera« tak gorącego, jak i o ciepłocie pokojowej nie wywiera na czynność wydzielniczą błony śluzowej żołądka jakiegoś jednolitego wpływu, dającego się ująć w pewne wyraźne prawidła. Możemy tylko powiedzieć, że na ogół, prawidłowa czynność wydzielnicza żołądka ulega wzmożeniu, czynność chorobowo wzmożona zachowuje się niejednakowo, to doznając osłabienia, to wzmożenia. Czynność zaś chorobowo zmniejszona ulega przeważnie jeszcze dalszemu osłabieniu. Tyczy się to tak ilości treści, jak kwasu solnego wolnego i ogólnej kwasoty. Najbardziej niejednolicie zachowuje się utajony kwas solny, wykazując w przypadkach prawidłowej i upośledzonej czynności wydzielniczej żołądka zupełnie niemiarowe wahania w górę i w dół, a jedynie tylko w przypadkach wzmożonej czynności wydzielniczej okazuje na ogół skłonność do spadku. Podniecający wpływ »Zubera« na czynność wydzielniczą żołądka objawia się, poza wzmaganiem prawidłowej i niekiedy chorobowo zwiększonej sprawności wydzielniczej żołądka, jeszcze także i zmniejszaniem się, na ogół, niedoboru wolnego kwasu solnego w niedomodze wydzielniczej żołądka, lecz działanie to jest nieznaczne. Wpływ »Zubera« na stosunki wydzielnicze żołądka ujawnia się zaraz w początku jego zastosowania i trwa niekiedy jeszcze szereg dni po odstawieniu. Objawy chorobowe tak podmiotowe, jak i przedmiotowe cierpień, objętych tem spostrzeganiem, jak wrzód trawienny żołądka, nadmiernie wzmożona, względnie upośledzona czynność wydzielnicza żołądka, wreszcie zapalenie woreczka żółciowego, — ulegają

już w pierwszych dniach stosowania »Zubera« naogół wybitnej poprawie, a w dalszym przebiegu leczenia tym zdrojem nawet zupełnie ustępują, przyczem ten stan klinicznej poprawy, względnie nawet wyleczenia może być stały, o ile można wnosić z przypadków dostępnych spostrzeganiu i po wyjściu chorych z kliniki. Ustępowanie objawów chorobowych żołądkowych nie zawsze daje się wytłumaczyć zachowaniem się treści żołądkowej. Dok. nast.

Wykład kliniczny.

K. BOCHEŃSKI. Lwów.

W sprawie wskazań do cięcia cesarskiego.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.

Jak długo cięcie cesarskie było dla matki niejako wyrokiem śmierci stosowano je jedynie w razie bezwzględnej konieczności, a więc niejako pod przymusem. Tak było przed erą aseptyki.

Dzięki rozwojowi aseptyki, a nadto udoskonaleniu techniki operacyjnej wyniki były coraz lepsze, tak dalece, że statystyki niektórych operatorów wykazują tak mały odsetek śmiertelności, jak po żadnej innej laparatomji. Wreszcie w nowszych czasach metoda pozaotrzewnowego operowania i rozwój tejże metody dzięki wystąpieniom F r a n k a, L a t z k i, D e d ö r l e i n a, S e l l h e i m a i i. stworzyły nowe warunki, które z konieczności wywarły decydujący wpływ na technikę cięcia cesarskiego. O ile bowiem opanowanie aseptyki i techniki operacyjnej rozszerzyło wskazania bezwzględne na tz. wskazania względne, to myślą przewodnią operowania pozaotrzewnowego było umożliwienie wykonania cięcia cesarskiego także w przypadkach nieczystych. Ponieważ przy tym sposobie operowania, cięcie w macicy przypaść musiało w jej dolnym odcinku, więc choć dalsze doświadczenia nie spełniły wszystkich nadziei w tej metodzie pokładanych, to jednak korzyść, jaką przytem osiągnięto, jest dla rozwoju cięcia cesarskiego pierwszorzędnej wagi.

Przekonano się bowiem, że blizna w szyi macicy jest w znacznym stopniu odporniejsza aniżeli w ciele macicy, co przypisać należy tej okoliczności, że mieści się ona w tej części kanału rodnego miękkiego, która podczas porodu zachowuje się więcej biernie. To sprawiło, że choć cięcie cesarskie pozaotrzewnowe nie zyskało sobie tak powszechnego uznania, jak się na to pierwotnie zanosiło, to jednak ogół operatorów stosuje dzisiaj przeważnie cięcie w dolnym odcinku. Okazało się bowiem, że w przypadkach podejrzanych, a nawet gorączkujących cięcie to daje o wiele lepsze wyniki co do niebezpieczeństwa zakażenia otrzewnej aniżeli cięcie w ciele macicy.

Jak już wyżej wspomniałem. cięcie cesarskie pozaotrzewnowe nie spełniło wszystkich nadziei, jakie w niem pokładano i wskazania do tej metody nie są do dzisiaj jeszcze ujednostajnione. Jedni bowiem stosują ten zabieg niemal we wszystkich przypadkach, inni ograniczają go jedynie do przypadków nieczystych, a wreszcie niektórzy, coprawda nieliczni, odrzucają go zupełnie. Nie wchodząc bliżej w wartość i słuszność tych zapatrywań, podnieść należy, na co godzą się wszyscy, że cięcie w obrębie dolnego odcinka macicy stanowi w rozwoju cięcia cesarskiego zdobycz pierwszorzędnego znaczenia.

Znaczenie zaś to polega na tem, że coraz lepsze wyniki tak co do śmiertelności jak i chorobliwości siłą rzeczy nasunąć musiały myśl coraz szerszego stosowania cięcia cesarskiego. Liczne przypadki kazuistyczne, jakie piśmiennictwo położnicze lat ostatnich podaje, dowodzą, że myśl ta znalazła rzeczywiście jak najszersze zastosowanie. Z kazuistyki tej bowiem widać, że pominąwszy nieliczne wyjątki, prawie niema takich powikłań porodowych, przy którychby nie stosowano cięcia cesarskiego.

Różnorodność tych przypadków pozwala już dzisiaj zróżniczkować należycie wskazania do tego zabiegu i ująć je w pewne grupy o ścisłych charakterystycznych cechach Stąd pochodzi, że dawny podział na wskazanie bezwzględne i względne do cięcia cesarskiego, jako zbyt ogólny nie odpowiada dzisiejszym zapatrywaniom.

Najracjonalniejszym wydaje się podział wskazań do cięcia cesarskiego podany przez S c h i f f m a n n a. Według niego dzielimy te wskazania na 4 grupy:

I grupa jest to t. zw. w s k a z a n i e b e z w z g l ę d n e w ścisłem tego słowa znaczeniu. Za nazwą tą przemawiają zdaniem S c h i f f m a n n a nietylko względy historyczne (gdyż w dawnych czasach było to jedno i jedyne wskazanie do cięcia cesarskiego) ale również i względy praktyczne. Do grupy tej należałyby więc wszystkie przypadki, w których poród drogami naturalnemi jest niemożliwy, a więc przedewszystkiem przypadki ścieśnienia macicy o sprzężnej do 6 cm. Wskazanie to chyba nie potrzebuje bliższego uzasadnienia i wyodrębnienie tej grupy jest zupełnie usprawiedliwione.

We wszystkich innych przypadkach wykonanie cięcia cesarskiego da się usprawiedliwić pewnemi korzyściami, jakie ten sposób rozwiązania przedstawia w stosunku do porodu drogami naturalnemi. Korzyści te dotyczą matki lub dziecka lub też obojga równocześnie. I tak:

II-gą grupę stanowią przypadki, w których sama praca porodowa jako taka jest już z góry niepożądaną i zależy nam na jej wyeliminowaniu czy to w interesie matki, czy też dziecka. Do grupy tej należałyby następujące przypadki:

a) miednice ścieśnione,

b) guzy najrozmaitszego rodzaju,

c) łożysko przodujące.

Co do tego wskazania, to jest ono chyba dostatecznie usprawiedliwione z uwagi na okoliczność, że jedynie cięcie cesarskie — w przeciwieństwie do innych sposobów — usuwa przyczynę krwawienia przy łożysku przodującem. Nic też dziwnego, że odnośne statystyki wykazują po tym zabiegu tak dobre wyniki dla matki i dziecka, jak po żadnym innym. Rzecz naturalna, że i tu doświadczenie i krytyczna ocena każdego przypadku jest konieczna. Z doświadczenia bowiem wiemy, że innemi sposobami, jak przebicie pęcherza płodowego lub obrót na nóżkę, albo metreurzyą możemy uzyskać równie dobre wyniki w odpowiednich przypadkach.

d) rozmaite schorzenia matki, a przedewszystkiem wady serca i zaburzenia w narządzie krążenia.

Cięcie cesarskie w tych przypadkach tembardziej jest usprawiedliwione, że możemy je wykonać bez narkozy ogólnej jedynie przy znieczuleniu miejscowem lub sakralnem.

e) rozległe żylaki, które łatwo mogą ulec pęknięciu pod wpływem urazu podczas rodzenia się płodu,

f) blizny,

g) przetoki wygojone drogą operacyjną, a które na nowo mogą powstać wskutek obrażeń,

h) ciąża w macicy przemieszczonej poprzednio drogą operacyjną.

III-cia grupa obejmuje przypadki, w których ciąża jako taka sama przez się jest czynnikiem niepożądanym i zależy nam na jak najszybszem jej usunięciu. Wykonanie cięcia cesarskiego w tych przypadkach ma więc na celu jedynie interes matki, a należałyby tutaj przypadki następujące:

a) drgawki porodowe,

b) grożące pęknięcie macicy,

c) przedwczesne odklejenie się łożyska normalnie usadowionego,

d) zapalenie nerek,

e) zapalenie płuc i zapalenie nagminne mózgu (*encephalitis epidemica),*

f) położenie poprzeczne zaniedbane przy żywym płodzie.

g) niedrożność jelit,

h) wysoka gorączka.

IV-tą grupę stanowiłyby przypadki, w których chodziłoby o usunięcie wszelkiego niebezpieczeństwa, jakie grozićby mogło życiu dziecka w czasie porodu.

Należałyby tu:

a) wypadnięcie pępowiny przy utrzymanym jeszcze kanale szyi,

b) grożąca zamartwica *(asphyxia),*

c) poprzeczne zaniedbane położenie i t. d.

Przez wykonanie cięcia cesarskiego oszczędzamy dziecko jak najlepiej przed wszelkim urazem, jakiby mógł nań zadzia-

łać podczas porodu i w ten sposób możemy życie jego najlepiej zagwarantować.

Jak z powyższego widać, w wielu z tych przypadków wykonuje się cięcie cesarskie celowo dla uniknięcia nietylko już istniejących, a nawet możliwych powikłań. To też słusznie nazwano je cięciem cesarskiem zapobiegawczem, gdyż w tych warunkach wykonany zabieg ten posiada wybitne cechy zapobiegawcze.

Rzecz naturalna, że jak każdy schematyczny podział, tak i ten nie może mieć ścisłych i wyraźnych granic, i nie może być wyczerpujący. Stąd pochodzi, że poszczególne grupy mogą się ze sobą łączyć i wzajemnie uzupełniać. Nie da się jednak zaprzeczyć, że podział ten uwzględnia wszystkie możliwe wskazania i obejmuje wszystkie możliwe przypadki, w granicach od bezwzględnego wskazania w interesie tylko matki, aż do wskazań li tylko w interesie płodu.

Nasuwa się pytanie, czy zakreślenie tak szerokich granic do cięcia cesarskiego jest uzasadnione i usprawiedliwione, a dotyczy to z natury rzeczy przedewszystkiem wskazania t. zw. zapobiegawczego. W tym kierunku nasunąć się muszą liczne uwagi. Chodzi przy tem zapobiegawczem cięciu cesarskiem głównie o interes płodu. Otóż nie wolno zapominać, że przecież życie matki z konieczności musimy wyżej cenić, aniżeli życie płodu. Słusznie podnosi Küstner, że każdy zabieg operacyjny, a więc i cięcie cesarskie stanowi pewne niebezpieczeństwo. To też zabieg operacyjny jest tylko wtedy wskazany i usprawiedliwiony, jeżeli to niebezpieczeństwo jest mniejsze, aniżeli stan, który zabiegiem tym chcemy i możemy usunąć. Wobec tego zupełnie prosto i pojedynczo przedstawiałoby się to wskazanie, gdyby cięcie cesarskie nie przedstawiało dla matki żadnego niebezpieczeństwa. Wtedy bowiem wskazanie takie stanowiłoby każde powikłanie porodu, które przedstawiałoby choćby najmniejsze niebezpieczeństwo dla życia matki lub dziecka, a którego nie możnaby innym sposobem usunąć.

Otóż stwierdzić należy, że niebezpieczeństwo cięcia cesarskiego w miarę udoskonalania techniki operacyjnej staje się coraz mniejsze. Wprawdzie statystyki tego zabiegu wykazują jeszcze dzisiaj pewną śmiertelność, jednak odnośnie do cięcia cesarskiego zapobiegawczego, argument ten traci może nieco na znaczeniu o tyle, że w przypadkach tych wyniki muszą być lepsze, gdyż materjał operacyjny jest o wiele korzystniejszy. Chodzi tu bowiem zazwyczaj o kobiety, które po smutnem doświadczeniu poprzednich porodów szukają porady i wcześniej zgłaszają się do zakładu niebadane, a więc czyniące zadość wymaganiom aseptyki. Z drugiej strony podnieść należy, że poród w takich przypadkach zazwyczaj ciężki, pozostawiony siłom natury przedstawia dla danej osoby również pewne niebezpieczeństwo. Stąd wynika, że cięcie cesarskie zapobiegawcze przy odpowiednim i sumiennym wyborze przypadków na podstawie osobistego, należytego doświadczenia, może stanowić dla rodzącej daleko mniejsze niebezpieczeństwo aniżeli poród siłami natury i dlatego w tych przypadkach wydaje się być usprawiedliwione.

Nie chcę przez to powiedzieć, aby nam wolno było wskazania do cięcia cesarskiego luźniej niż dotychczas oceniać; przeciwnie, twierdzę, że przy stawianiu wskazań właśnie do cięcia cesarskiego zapobiegawczego, należy być bardzo sumiennym i nadzwyczaj ostrożnym. Ostrożność ta jest tem więcej wskazana, że jak Stoeckel słusznie zauważył, łatwa technika operacyjna i minimalne niebezpieczeństwo życia nowych metod operacyjnych kryją same w sobie niebezpieczeństwo w tym kierunku, że z jednej strony zwiększają ochotę do operowania, a z drugiej strony osłabiają sumienność w stawianiu wskazań. Uwaga ta nasunęła się Stoeckelowi z okazji oceny niektórych przypadków cięcia cesarskiego ogłoszonych w piśmiennictwie, co do których nie mógł oprzeć się wrażeniu, że w przypadkach tych poród siłami natury uważany był za po prostu niepotrzebną próbę cierpliwości tak dla rodzącej, jak i dla lekarza.

Oceniając krytycznie te wskazania, sądzę, że u pierwiastek cięcie cesarskie zapobiegawcze rzadko i tylko wyjątkowo może znaleść zastosowanie. Przez cięcie cesarskie zapobiegawcze rozumieć bowiem należy tylko takie cięcie cesarskie, które wykonujemy z planem z góry postanowionym, wykonujemy je więc w chwili, skoro drogi porodowe rozwarły się zaledwie o tyle, że odpływ odchodów w połogu będzie możliwy i łatwy. Zasadniczo zaś stanowisko nasze w czasie porodu winno być wyczekujące i ono jedynie jest usprawiedliwione. W wielu bowiem przypadkach mimo wszystko poród jeszcze odbędzie się siłami natury lub przy zastosowaniu zabiegów o wiele mniejszych jak n. p. niskich kleszczy. Jeżeli zaś dalszy przebieg wykaże, że poród siłami natury jest niemożliwy lub zbyt niebezpieczny i przystąpimy do cięcia cesarskiego, to nie będzie to już cięcie cesarskie zapobiegawcze, lecz wskazane i usprawiedliwione powstałemi powikłaniami.

U wieloródek uwzględnić należy przedewszystkiem wszystkie okoliczności i warunki wśród jakich odbyły się poprzednie porody. Uwzględnić więc należy, dlaczego poprzednie dzieci rodziły się nieżywe. W wielu przypadkach przyczynę taką znajdziemy w braku odpowiedniej i fachowej opieki podczas porodu.

Na jedno jeszcze wskazanie do cięcia cesarskiego zapobiegawczego chciałbym zwrócić uwagę a mianowicie dotyczy ono życzenia matki. Czy pragnienie matki, aby urodzić jej dziecko żywe — należy uwzględnić, czy też nie?

Jestem zdania, że w pewnych warunkach życzenie matki może mieć wpływ decydujący, n. p. u kobiety starszej, co do której zachodzi wątpliwość, czy zastąpi po raz drugi, lub n. p. u kobiety, która z doświadczenia wie, że wogóle zastępuje bardzo trudno. Jeżeli kobiecie takiej nie możemy na pewne zagwarantować dziecka żywego przy porodzie siłami natury, wykonanie u niej cięcia cesarskiego będzie usprawiedliwione.

Najtrudniej jest określić wskazania do cięcia cesarskiego według dawniejszych pojęć t. zw. względne, przy miednicach ścieśnionych, a zaliczonych według powyższego podziału do grupy drugiej. Trudność polega na tem, że niepodobna nigdy z góry orzec stanowczo, czy dana osoba urodzi na czasie siłami natury, czy też nie.

Rzecz naturalna, że w myśl dzisiejszego naszego stanowiska, granice wskazań w tych przypadkach uległy przesunięciu i to nawet dość znacznemu. Przy ścieśnieniu o wymiarze $5^1/_2$ cm, lub mniejszem, cięcie cesarskie jest nieuniknione. Przy ścieśnieniach mniejszych niż $5^1/_2$ cm należy stosować wymóżdżenie. W tych przypadkach więc stanowisko dawniejsze z konieczności musiało się utrzymać. Możnaby chyba dodać za Dedörleinem, że wydoskonalenie techniki operacyjnej przy zabiegach mających na celu zmniejszenie pojemności płodu, pozwala wykonać ten zabieg, a więc uniknąć cięcia cesarskiego, nawet przy ścieśnieniu o wymiarze prostym wchodu 5 cm. Odnosić się to może naturalnie tylko do przypadków, w których płód z wszelką pewnością nie żyje.

Inaczej rzecz się ma w przypadkach, gdzie płód żyje. I tutaj postępowanie nasze uwzględnić musi, czy mamy do czynienia z pierwiastką, czy też z wieloródką. U pierwiastek o wymiarze prostym wchodu 7 5 cm lub mniej, należy zdaniem mojem, w każdym przypadku wykonać cięcie cesarskie. Przy mniejszem ścieśnieniu zasadniczo należy zająć stanowisko wyczekujące. W tych przypadkach bowiem niejednokrotnie dobre bole porodowe zdołają jeszcze pokonać niestosunek porodowy bez większej szkody dla matki i dziecka, zwłaszcza jeśli główka nie jest zbyt duża, łatwo się konfiguruje i wstawia się dobrze.

Również i u wieloródek przy wymiarze prostym wchodu 7·5 cm uważam cięcie cesarskie za wskazane atoli pod warunkiem, jeżeli poprzednie porody przebiegały niekorzystnie; dowodziłoby to bowiem, że niestosunek porodowy stale się utrzymuje, a w miarę liczby porodów może się nawet zwiększać z uwagi na słabe skurcze macicy, źle działającą tłocznię brzuszną i coraz większe płody. Cięcie cesarskie wykonane w tych warunkach u wieloródki miałoby wprawdzie cechy zabiegu zapobiegawczego, lecz sądzę, że byłoby zupełnie usprawiedliwione.

O ile chodzi o ścieśnienia miednicy, o wymiarze prostym wchodu poniżej 7·5 cm to jak wyżej wspomniano, zasadniczo zachować się należy wyczekująco. Jeżeli to nas za-

wiedzie, poród nie będzie postępował, przyjdzie do rozciągnięcia dolnego odcinka macicy, wystąpi ewentualnie podwyższenie ciepłoty i stan dziecka będzie budził obawy, wtedy z konieczności wystąpi wskazanie do cięcia cesarskiego, o ile obok matki i dziecko ma być uratowane. Lecz słusznie podnosi Martius, że do tego stanu właściwie nie powinniśmy dopuścić. Okoliczności te wprawdzie nie utrudniają wykonania cięcia pozaotrzewnowego a jak doświadczenie poucza, warunki do zabiegu układają się nawet tem korzystniej, im dłużej trwa poród i im więcej dolny odcinek macicy ulegnie rozciągnięciu. O ile więc nie możemy decyzji naszej powziąć wcześniej i jesteśmy zaskoczeni już powyższym stanem, możemy zastosować tę metodę cięcia cesarskiego. Sądzę atoli, że o ile to jest możliwe, to lepiej jest zdecydować się na cięcie cesarskie wcześniej i nie czekać, aż dolny odcinek macicy ulegnie zbytniemu rozciągnięciu. Jeśli więc na podstawie doświadczenia z poprzednich porodów można trudności i możliwe powikłania przewidzieć i należycie ocenić, wówczas należy na ich podstawie określić czas wykonania zabiegu, a nie na podstawie przebiegu samego porodu. Korzyść z takiego postępowania jest ta, że zmniejszamy niebezpieczeństwo samego zabiegu, gdyż nie da się zaprzeczyć, że cięcie cesarskie wykonane na początku samego porodu i przy utrzymanym pęcherzu jest bądź co bądź mniej niebezpieczne, aniżeli po dłuższem trwaniu porodu. Nie bez racji jest również okoliczność, że w ten sposób oszczędzamy rodzącej dłuższej czynności porodowej. Tak postępować możemy przy operowaniu śródotrzewnowem, przy którem nie potrzeba czekać aż dolny odcinek macicy ulegnie rozciągnięciu.

Co do czasu czekania określiłbym go na 2—3 godziny. Jeżeli w czasie tym mimo energicznej pracy porodowej stwierdzimy, że główka nie konfiguruje się należycie i nie wstępuje do miednicy, należy przystąpić do cięcia cesarskiego. Wykonamy je zaś tem prędzej i chętniej, jeżeli główka okazywać będzie dążność do nieprawidłowego wstawiania się np. przy położeniu czołowem, twarzowem, przodowaniu kości bocznej i t. p. Widzimy więc, że wobec tego górna granica wskazań do cięcia cesarskiego niemoże być ściśle oznaczona i że mimo to, że przesunęliśmy ją bardzo daleko, to jednak ścisłość wskazania do tego zabiegu może być utrzymana, jeżeli w ocenie danego przypadku trzymać się będziemy wymienionych wyżej wskazówek. Oceniając zaś te wskazania w ten sposób, operować będziemy najczęściej pod wskazaniem zupełnie ścisłem, a przynajmniej usprawiedliwionem i najlepiej unikniemy operowania ze wskazania t. zw. zapobiegawczego.

Stanowisko powyższe jest usprawiedliwione jedynie w przypadkach czystych, a przynajmniej takich, które nie okazują wyraźnych objawów zakażenia- I pod tym względem należy w ocenie przypadku być bardzo wymagającym. Wprawdzie — jak to już wyżej nadmieniłem — niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej przy cięciu cesarskiem w dolnym odcinku jest mniejsze w porównaniu do cięcia w ciele macicy, to jednak byłoby karygodną lekkomyślnością niebezpieczeństwa tego nie doceniać.

Jak zaś postąpić w przypadkach, gdzie są wyraźne objawy ciężkiego zakażenia? W przypadkach takich, jeżeli dziecko nie żyje, należy wykonać wymóżdżenie. O ile zaś wchodziłaby w rachubę myśl usunięcia i zakażonej macicy, to przy dziecku należy usunąć ją wraz z płodem bez otwarcia, zaś przy płodzie żywym najpierw wydobyć a następnie usunąć macicę.

Wprawdzie powyższemi zasadami staraliśmy się już dawniej kierować w klinice położniczej lwowskiej, to jednak zaznaczyć mi wypada, że na podstawie doświadczeń wielu lat poprzednich dopiero w ostatnich latach skrystalizowały się ostatecznie nasze wskazania zgodnie z obecnym postępem położnictwa w ogólności, a cięcia cesarskiego w szczególności. Nie przytaczam wyników i dat statystycznych po cięciu cesarskiem, a czynię to celowo, bo sądzę, że dobre wyniki po cięciu cesarskiem dowodzą jedynie, że zabieg ten wykonany w odpowiednich warunkach przedstawia minimalne niebezpieczeństwo. Chciałbym atoli zwrócić uwagę na inną okoliczność. Jeśli chodzi o postępowanie w klinice czy w jakimkolwiek zakładzie położniczym, to postęp techniki operacyjnej w granicach możliwości daje dostateczną gwarancję dobrych wyników, byśmy granice cięcia cesarskiego mogli odpowiednio do ścisłych wskazań nawet znacznie rozszerzyć. Atoli pod jednym warunkiem: musi dany przypadek sam w sobie posiadać warunki gwarantujące dobry wynik zabiegu. Niestety stwierdzić należy, że nie każdy przypadek odpowiada koniecznym po temu warunkom.

Jako jeden z nasuwających się dowodów przytaczam zestawienie przypadków z materjału kliniki lwowskiej w których przy pomocy cięcia cesarskiego można było uratować w każdym razie dziecko, a niejednokrotnie i matkę, gdyby przypadki te dostarczone były klinice na czas i w stanie, pozwalającym i umożliwiającym jeszcze wykonanie tego zabiegu. W statystyce tej pominąłem z rozmysłu wszystkie przypadki ciąży niedonoszonej, choć później i wszystkie przypadki jakichkolwiek schorzeń matki, które mogły w jakikolwiekbądź sposób wpłynąć na obumarcie płodu lub na stan matki, a dalej wszystkie te przypadki, w których obumarcie płodu lub groźny stan matki mógł powstać nagle, tak że przyjąć można, iż nawet natychmiastowe przeniesienie rodzącej do kliniki nie byłoby wpłynęło na zmianę postępowania. Wybrałem więc tylko przypadki, w których poród odbywał się na czasie, gdzie napewne z chwilą rozpoczęcia się porodu płód żył i matka miała się zupełnie dobrze, a więc przypadki, w których niebezpieczeństwo dla matki lub dziecka albo dla obojga wystąpiło dopiero w czasie trwania porodu i że niebezpieczeństwo to można było usunąć przy pomocy cięcia cesarskiego. Wydaje mi się rzeczą naturalną, że wybranie materjału z pomiędzy kilkunastu tysięcy historji przebiegu porodu z lat dwudziestu kilku napotykać musi w znacznym odsetku takich przypadków na znaczne trudności. Trudno bowiem w niektórych przypadkach wyrobić sobie »*ex post*« po latach, sąd ostatecznie krytyczny i pozbawiony wszelkich wątpliwości. Ponieważ zaś w odniesieniu do operacji tak skończonej, jaką jest już w dzisiejszej dobie cięcie cesarskie, opierać się należy na bezwzględnie ścisłych danych, dlatego, aby uniknąć wprowadzenia wszelkich możliwych niedokładności usunąłem z góry wszystkie przypadki, które mogłyby temu warunkowi nie odpowiadać, a wybrałem tylko te, w których na podstawie dzisiejszego stanu nauki z wszelkiem prawdopodobieństwem wykonaliśmy cięcie cesarskie. W ten sposób z ogólnej liczby 700 przypadków dostarczonych klinice w ciągu przeszło 26 lat (od chwili jej otwarcia) znalazłem około 300 przypadków, które wyżej wspomnianych wątpliwości nie nasuwają. Były to zaś przypadki następujące: ścieśnienie miednicy, położenie poprzeczne zaniedbane, łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo usadowionego, zakażenie z powodu zbyt długo trwającego porodu, urazy, drgawki porodowe, zapalenie nerek, wady serca.

W porównaniu do ogólnej liczby porodów na czasie w liczbie blisko 17.000 — odsetek tych dzieci wynosi prawie 1·7%. Porównanie to nasuwa pewne uwagi. Dowodzi ono bowiem, że opieka nad osobami rodzącemi nie jest u nas dostateczna, skoro tak wielki odsetek dzieci donoszonych i pozatem zdrowych zupełnie, rodzi się nieżywo. Pomijam już okoliczność, ile matek z tego samego powodu nie mogło być uratowanych względnie uległo ciężkiemu schorzeniu połogowemu. Stosunki te dotyczą Małopolski wschodniej; w zachodniej Małopolsce i w Poznańskiem przypuszczam stosunki te są może lepsze, ale pewny jestem, że jeśli nie gorsze to przynajmniej takie same istnieją w całej wschodniej połaci naszego Państwa.

Zachodzi pytanie, czy można te stosunki poprawić i w jaki sposób?

Jednym ze sposobów, które w temacie tym poruszyłem, jest właśnie zastosowanie cięcia cesarskiego. Przy pomocy tego zabiegu można było niewątpliwie w naszym materjale wymienione przypadki rozwiązać i urodzić dzieci żywe, atoli pod warunkiem, gdyby przypadki te na czas były skierowane do kliniki. Stąd wniosek, że należałoby zwrócić się z apelem nietylko do położnych, ale i do lekarzy praktyków, aby przypadki podobne, w których albo już mogą rozpoznać

pewne powikłania lub też je przewidzieć — wcześnie skierowali do zakładów operacyjnych i o ile możności przypadków tych nie badali wewnętrznie.

Streszczając powyższe uwagi powiedzieć możemy, że technikę cięcia cesarskiego możemy uważać dzisiaj za bardzo dobrą i że trudności co do tego zabiegu polegają głównie na oznaczeniu należytych wskazań. W pewnych przypadkach wskazanie to jest bardzo łatwe i zupełnie naturalne. W przeważnej liczbie przypadków jednak wymaga ono bardzo wielkiego doświadczenia i krytycznej oceny wszelkich szczegółów.

Atoli mimo uznania i zadowolenia, z jakiem musimy przyjąć wzbogacenie naszej terapji położniczej nowemi metodami cięcia cesarskiego, to jednak nie wolno nam zapominać, że zasadniczo nasze stanowisko przy porodzie prawidłowym jak i przy miednicy ścieśnionej winno i nadal być zachowawcze i wyczekujące. Stanowisko to jest tem więcej uzasadnione, ile że przez czekanie nie tracimy nic, ale owszem zyskujemy to, że w niejednym przypadku oszczędzimy kobiecie wykonania tego bądźcobądź poważnego zabiegu. Zaufanie do sił przyrody powinno być zawsze cechą naszego postępowania. Dla przypadków bowiem, w których zawiedzie nas wiara w siły przyrody, mamy właśnie możność korzystnej interwencji przy pomocy cięcia cesarskiego. I w tem właśnie polega cała wartość tego zabiegu, że możemy spokojnie czekać w przekonaniu, iż nie narażamy ani matki ani dziecka, i że jeszcze na czas i w odpowiedniej chwili możemy zabieg ten zastosować.

Powyższe uwagi przywodzą mimowoli na pamięć słowa Rosnera wypowiedziane na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1911 w sekcji ginekologicznej, kiedy mówiąc o wskazaniach i rokowaniu cięcia cesarskiego zaotrzewnowego — metody będącej wówczas dopiero w rozwoju — powiedział:

»Istnienie tego zabiegu ośmiela nas do czekania, zwalcza nasze zakusy zapobiegawczego wkraczania w prawa przyrody i operowania z obawy, że coś złego stać się może«.

W międzyczasie miejsce tak bardzo wówczas polecanego cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego coraz bardziej zajmowało i nadal zajmuje cięcie cesarskie śródotrzewnowe w dolnym odcinku, tak, że dziś już dzięki zupełnemu niemal wydoskonaleniu techniki tego zabiegu powyższe słowa Rosnera w zupełności odnieść można do tej ostatniej odmiany cięcia cesarskiego.

Z praktyki.

Dr. Klaudjusz LIPSKI, Dąbrowa-Górnicza.
dyrektor szpitala św. Barbary.

O wytwórczej operacji sztucznej pochwy i nowej odbytnicy z jelita grubego.

Przypadek, który opisuję, dotyczy zupełnego, wrodzonego zaniku pochwy, powikłanego brakiem lub zupełnym niedorozwojem macicy i jej przydatków.

Zachęca mnie do tego, oprócz rzadkości samej anomalji, która przez paru kolegów nie była właściwie w swoim czasie rozpoznaną, jeszcze nadzwyczaj pomyślny wynik operacji wytwórczej, dość rzadkiej, gdyż wedle dostępnego dla mnie piśmiennictwa, znalazłem zaledwie 16 opisanych przypadków.

Do szpitala św. Barbary w Dąbrowie Górniczej przybyła chora lat 25, z rozpoznaniem »zarośnięcie pochwy«, o budowie miernej, wzrostu średniego. Ze strony kośćca, narządów oddechowych, krwiobiegu i trawienia — niczego nieprawidłowego nie stwierdzono, sutki rozwinięte prawidłowo, *mons veneris* uwłosiony.

Zamężna od 4-ch miesięcy. Uskarża się na nietrzymanie moczu i brak miesiączki od urodzenia.

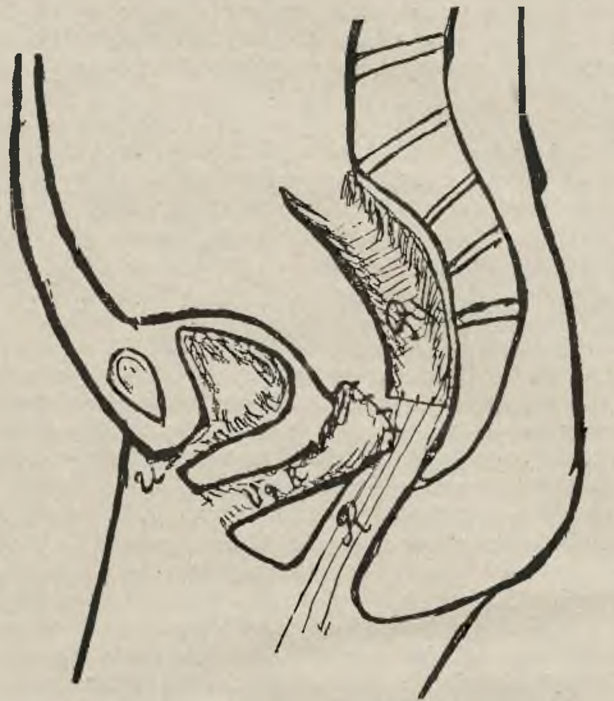
Od dzieciństwa żadnych powikłań w sferze płciowej nie doświadczała. Na brak miesiączki nie zwracała uwagi, gdyż jak wspomina, matka jej również zaczęła miesiączkować dopiero w 20 roku życia.

Przed zamążpójściem chora zwróciła się o poradę do ginekologa kobiety, która orzekła, że miesiączka wystąpi tuż po weselu.

Po zamążpójściu chora zwróciła się znowu do innego lekarza, który zaopinjował, »że mąż sam sobie da radę« i dopiero trzeci lekarz skierował ją do szpitala.

W czasie szczegółowego badania stwierdzono: wargi sromowe większe, mniejsze i łechtaczka są prawidłowe, brak jest zupełnie pochwy, cewka rozszerzona do tego stopnia, że z łatwością przepuszcza palec lub nawet dwa, co pozwala wymacać wnętrze pęcherza.

Przez tą właśnie rozszerzoną cewkę odbywało się spółkowanie, skutkiem czego wystąpiło nietrzymanie moczu. Cewka i miejsce, w którem prawidłowo znajduje się wejście do pochwy, otoczone są słabo rozwiniętą, lecz zupełnie wyraźną błoną dziewiczą. (Ryc. I).



Odbyt zupełnie normalny. Badanie kombinowane przez odbytnicę i cewkę oraz pęcherz wykazało zupełny brak pochwy, a w miejsce macicy z przydatkami stwierdza się jakiś ruchomy, twardy twór, wielkości orzecha laskowego.

A zatem na podstawie wywiadów i badania rozpoznałem »*atresia vaginae totalis congenita et uterus rudimentarius*«.

Zarośnięcie pochwy, wywołane bywa wadliwym zrośnięciem się tak zw. nici Müllera jeszcze w życiu zarodka i może przedstawiać różne stopnie, od najczęściej spotykanej *atresia vulvae* t. j. zarośnięcie jednego z odcinków pochwy do zupełnego jej braku i bywa nieraz powikłane anomalją rozwojową macicy i jej przydatków podobnie jak w opisywanym przezemnie przypadku.

Należąc do zjawisk stosunkowo rzadkich, zarośnięcie pochwy zwykle nie przejawia się żadnemi objawami aż do czasu dojrzałości kobiety. W tym okresie przy jednoczesnem zachowaniu macicy i jajowodów wada ta zaczyna przejawiać się wewnętrznemi krwotokami, powodując *haematocolpos, haematometra, haematosalpinx* i może spowodować nawet śmierć od krwawienia wewnątrz-brzusznego, o ile chora nie podda się operacji.

Te przypadki, w których oprócz braku pochwy spotykamy brak albo niedorozwój macicy nie dają żadnych objawów chorobowych i spotykamy się z niemi wtedy, gdy stanowią zaporę przy spółkowaniu.

W większości przypadków w miejscu, w którem normalnie powinna zaczynać się pochwa (*introitus vaginae*) jest wklęśnięcie, w którem mąż po długich wysiłkach dosłownie wydłubuje kanał, głęb. 3—4 cm (spostrzegałem to sam 2 razy) i spółkowanie odbywa się niby prawidłowo. Rzadziej jednak zdarza się, że wspomniane wklęśnięcie bywa tak nieznaczne, że prącie nie może zatrzymać się w niem i, ześlizgując się ku górze, trafia na otwór cewki, która z czasem rozszerza się do tego stopnia, że w końcu spółkowanie odbywa się przez cewkę jak podobnie miało to miejsce w moim przypadku.

Takie anormalne spółkowanie oprócz bolesności, do której kobiety jednak prędko się przyzwyczajają, pociąga za sobą jeszcze nietrzymanie moczu, co jest bardzo uciążliwe i nie-

przyjemne i zmusza chorą do szukania pomocy lekarskiej. Jedyną pomoc, którą może w podobnych razach okazać lekarz jest przywrócenie możliwie fizjologicznych stosunków w narządach płciowych przez utworzenie sztucznej pochwy i danie możności cewce i pęcherzowi powrócenia do swych fizjologicznych czynności.

Ponieważ chora zgodziła się na zabieg chirurgiczny wybrałem jeden ze sposobów wytworzenia nowej pochwy.

Jak dotąd próbowano to robić trzema sposobami.

1) Drążąc kanał w otworze rozciętym między cewką a odbytnicą, pokrywają się go płatami według Thiersch'a lub przykrywa się kawałkami tkanek sąsiednich.

Sposób ten nie dał spodziewanych wyników, więc go zarzucono.

2) Drugi sposób polega na wytworzeniu nowej pochwy z części wykluczonego jelita cienkiego. Sposób który dał dobry wynik w 30 opisanych w piśmiennictwie przypadkach i wreszcie

3) Utworzenie nowej pochwy z odbytnicy z jednoczesnem utworzeniem nowego odbytu z powyżej leżącej części kiszki grubej.

Wytworzenie pochwy z jelita cienkiego wymaga laparatomji i wycięcia jelita, co często nie jest zupełnie bezpieczne i jak statystyka wykazuje daje znaczny (do 10%) odsetek śmierci wskutek krwawień wewnątrz-brzusznych lub zgorzeli krezki implantowanego jelita, oraz przedstawia tę niewygodę, że nowo wytworzona pochwa w czasie jedzenia obficie wydziela sok jelitowy.

Powyższe powody skłoniły mię do stworzenia nowej pochwy z odbytnicy, tembardziej, że przy operacjach raka odbytnicy z łatwością udawało mi się po wycięciu chorego odcinka, ściągnąć jelito grube ku odbytowi i zachować zwieracz.

Operacji dokonywałem w uśpieniu chloroformowem w sposób następujący:

1) najpierw wyciąłem w miejscu planowanego otworu pochwy między cewką a odbytnicą część skóry w postaci koła, wycinając jednocześnie szczątki błony dziewiczej (rys. I. linja krop.),

2) po wycięciu tego płata wydrążyłem na tępo otwór dł. 5—6 cm w kierunku skośnym ku górze i tyłowi do odbytnicy.

3) cięciem kołowem oddzieliłem śluzówkę odbytnicy od skóry i oddzieliłem ją następnie od zwieracza na dł. 5 cm.

Następnie chorą położyłem na prawy bok ze zgiętemi kolanami i przystąpiłem do tak zwanej operacji Kraskego.

Cięciem wzdłuż lewego brzegu kości krzyżowej, po oddzieleniu mięśni pośladkowych i resekcji kości ogonowej i dolnego odcinka krzyżowej, zapomocą dłuta dotarłem do kiszki prostej, którą oddzieliłem, przeciąłem na wysokości 12 cm od zwieracza i zaszyłem dolny odcinek na głucho. Górną część kiszki prostej, po oddzieleniu na tępo i podwiązaniu naczyń ściągnąłem ku dołowi tak, aby sięgała otworu odbytowego.

Po skończeniu czynności w okolicy krzyżowej ranę zaszyłem, wytamponowałem i chorą znowu położyłem w zwykłej pozycji ginekologicznej. Przez świeżo wydrążony otwór pochwy wciągnąłem oddzieloną część końcową kiszki prostej i przyszyłem ją szwami węzełkowemi do świeżo utworzonego otworu.

Górny zaś uruchomiony odcinek kiszki prostej zaciągnąłem w otwór między włóknami zwieracza i również przyszyłem szwami węzełkowemi. W ten sposób otrzymałem nową pochwę i odbyt.

Przebieg pooperacyjny był dobry. Ropienie było bardzo nieznaczne z drenowanego otworu w okolicy nowego odbytu.

Przez tydzień dawałem makowiec i stosowałem lekką dietę, ażeby nie zanieczyszczać rany w nowo-utworzonej odbytnicy.

Po tygodniu zwieracz zaczął funkcjonować sprawnie — chora zatrzymuje kał i wypróżnia się prawidłowo jak również zatrzymuje mocz, z którym wydziela się jednak sporo galaretowatego śluzu — pamiątka podrażnienia pęcherza.

Nowo wytworzona pochwa doskonale zrosła się z okolicznemi tkankami, z łatwością przepuszcza dwa palce i jest dostatecznie długa, tak, że zupełnie odpowiada swemu przeznaczeniu.

Sposób, którym operowałem, o ile mi wiadomo z piśmiennictwa — stosowano już w 16-tu przypadkach z dobrym wynikiem.

Daje on dobre wyniki praktyczne, nie zniekształca chorej i nie przedstawia dla niej wielkiego ryzyka, a przy pewnej technice jest dość łatwo wykonalny. Następcze leczenie nie przedstawia żadnych trudności.

Chora po paru dniach może chodzić i odżywiać się. Stolec reguluje się makowcem, a po tygodniu zwieracz zaczyna funkcjonować sprawnie i żadnych nieprzyjemności z tej strony chora nie odczuwa.

Wobec powyższego, na podstawie własnego doświadczenia gorąco polecam kolegom stosowanie tego zabiegu w odpowiednich przypadkach.

Sprawozdania poglądowe.

Janusz ZEYLAND. Poznań.

Nowa teorja o powstawaniu nowotworów.

(Badania Gye'a i Barnarda).

Prasa codzienna zawiadomiła cały świat o wynikach ostatnich badań nad powstaniem raka w artykułach często pełnych przesady od której nie jest wolny wstęp od redakcji »The Lancet«, poprzedzający artykuły Gye'a i Barnarda a zapowiadający rozwiązanie zasadniczego zagadnienia raka. Artykuły wspomniane są napisane oddzielnie. Gye przeprowadził doświadczenia biologiczne, a Barnard udoskonaleniem metod mikroskopowych uczynił widoczne t. zw. zarazki przesączalne.

Gye nawiązuje do badań Peytona Rousa, ogłoszonych po raz pierwszy w 1911 r. Rous wyodrębnił trzy nowotwory u kur, różniące się od nowotworów ssaków przedewszystkiem tem, że mogą być przeszczepiane nietylko przez żywe komórki lecz także zapomocą przesączu wolnego od komórek. Mimo to, zdaniem Gye'a odpowiadają one zupełnie sprawdzianom ustanowionym dla scharakteryzowania nowotworów. Pierwszy z tych nowotworów, który był głównym materjałem doświadczeń Gye'a, jest mięsakiem wrzecionowato-komórkowym, dającym przerzuty i zabijającym gospodarza w ciągu 28 dni. Już Rous i jego współpracownicy twierdzili, że przeszczepienie takie umożliwia przesączalny, żywy drobnoustrój, Rous jednak mówił chętniej o »czynniku« zamiast o »zarazku«, ponieważ nie udało się jemu wyhodować owego czynnika poza ustrojem.

Pomijam uwagi autora o teorji pasorzytniczej i rozważania natury teoretycznej a przedstawię przebieg doświadczeń i wyciągnięte z nich wnioski.

Tkankę nowotworową mięsaka kur, pokrajaną na drobne kawałki rozciera się w moździerzu z piaskiem i dodaje na 1 g tkanki 100 cm sz. płynu Ringera. Po przesączeniu przez piasek otrzymuje się t. zw. „przesącz piaskowy". Następnie sączy się przez świecę Chamberlanda L_2 albo Mandlera pod lekkiem ciśnieniem. 1 cm. sz. takiego przesączu powoduje powstanie nowotworu wyczuwalnego po 2 tygodniach, a zabijającego kurę w 4 tygodniach. Jako pożywki używał autor buljonu Hartley'a z dodatkiem KCl w ilości 0.2%, wyjałowionego w parze, a nie w autoklawie. Do 5 cm sz. powyższego dodaje się 1 cm sz. świeżej surowicy królików i w cieplocie 37° C stwierdza się jałowość. Cukru dodaje się ewent. w ilości 0.5—1%. Autor podkreśla konieczność jałowego wycięcia nowotworu, gdyż zakażenie psuje wyniki. Pierwsze stwierdzenia autora dotyczą zależności czasu wystąpienia nowotworu od ilości użytego przesączu. Zależność jest tak ścisła, że powstaje pytanie, czy czynnikiem wywołującym nie jest substancja chemiczna. Tak dokładny bowiem stosunek między dawką a skutkiem nie zachodzi, jeśli się użyje żywych drobnoustrojów. Przez umieszczenie kawałka nowotworu

w pożywce otrzymuje się t. zw. »hodowlę pierwotną«. Zdolność zakażenia hodowli pierwotnej trwa od 2—7 dni. Czas trwania jej jest zależny od rozmaitych warunków. I tak przedłużają go warunki beztlenowe, dodatki surowicy królika i fermentującego cukru, a skracają go obecność tlenu i brak surowicy. Pewien wpływ ma i wielkość użytej tkanki nowotworowej, t. zn. zdolność zakażenia trwa tem dłużej, im większy kawałek wsadzono do pożywki. Dalszemi doświadczeniami starał się autor wykazać słuszność stwierdzenia Roussa, że fenol, toluen i chloroform niszczą »czynnik«. Autor traktował 10 cm sz. opisanego powyżej przesączu piaskowego kilku kroplami chloroformu w ciepłocie 37° C i po usunięciu chloroformu pompą Geryka zastrzykiwał go kurom, wykazując, że 2 cm sz. takiego przesączu nie zakażały zwierząt, gdy tymczasem nienależyte zniszczenie czynnika (chloroform w ciśnieniu pokojowem albo niedostateczne nasycenie przesączu chloroformem) pozwalało na powstanie guzka po 3 tygodniach. Okazuje się tedy, że stara »hodowla pierwotna«, t. zn. po najwięcej 7 dniach, traci zdolność zakażenia. Przesącz zaś piaskowy traktowany należycie chloroformem również nie jest w stanie wywołać nowotworu. Zastrzyknięcie jednak 0.5 cm sz. owej hodowli pierwotnej niezakażającej i 0.5 cm sz. przesączu piaskowego, traktowanego chloroformem powoduje powstanie małego nowotworu po 3 tygodniach. Autor tłumaczy fakt ten w następujący sposób: hodowla pierwotna traci zdolność zakażenia po pewnym czasie nie wskutek śmierci zarazka, lecz z powodu zniknięcia pewnego dodatkowego czynnika chemicznego, wytworzonego przez komórki nowotworowe. W owem doświadczeniu czynnik chemiczny zawarty jest w przesączu piaskowym, gdzie chloroform zniszczył jedynie zarazki. Współdziałanie zarazka i czynnika chemicznego jest potrzebne, ponieważ owa substancja chemiczna czyni, w pewien sposób dotąd nieznany, komórki wrażliwe na zakażenie przez zarazek, mieszczący się w hodowli pierwotnej. Dalsze doświadczenia z wirowaniem mają pogląd ten uzasadnić. Z probówki, zawierającej hodowlę pierwotną, brał autor pipetą część dolną, nienaruszając tkanki, i po długiem i silnem wirowaniu brał 1 cm sz. płynu z góry i zastrzykiwał kurze w prawy mięsień piersiowy oraz 1 cm sz. brał ze spodu zastrzykując go w mięsień lewy. Po lewej stronie powstawał nowotwór duży, po prawej bardzo mały. Wyścielenie probówki, użytej do wirowania, błonką agarową pozwalało na lepsze wychwycenie zarazka podczas wirowania. Wówczas płyn z górnej warstwy niedawał nowotworu, gdy płyn z dolnej warstwy spowodował powstanie nowotworu w zwykłym czasie. Po wymyciu osadu z dolnej warstwy fizjologicznym roztworem soli staje się on nieczynnym, a znowu dodatek płynu z góry aktywuje go. Doświadczenia te mają wykazać, że chodzi tu o 2 czynniki: jeden z nich jest cząsteczką stałą i to jest prawdopodobnie zarazek, drugi, na który wirowanie niema wpływu, jest prawdopodobnie istotą chemiczną. Żaden z nich sam nie może być przyczyną powstania mięsaka. Powracając do problemu swoistości, sądzi autor, że polega on na drugim czynniku: owej substancji chemicznej, pochodzącej z komórek, dla której autor proponuje nazwę »czynnika swoistego«. Autor próbował przez zabarwienie uwidocznić zarazek. Wszelkie barwienia nie odniosły skutku, chociaż w owych błonkach agarowych z probówek po wirowaniu udało się autorowi wykazać ziarenka różowe (Giemsa), ale nie uważa on ich za zarazek. Uwidocznił go dopiero współpracownik Gye'a Barnard. Autor ten skonstruował aparat skombinowany, umożliwiający oglądanie w polu ciemnem oraz fotografowanie po zastosowaniu promieni pozafioletowych o długości fali do 257 $\mu\mu$ co pozwala na stwierdzenie cząsteczki poniżej 0.1 μ. Spostrzeżenia autora oraz jego współpracowników dotyczyły zarazków przesączalnych gorączki siennej, zapalenia płuc i opłucnej u bydła i w końcu zarazków nowotworów: mięsaka kur Rousa, mięsaka szczurów 37/S i raka ludzkiego. Zarazek ma postać sferoidu i można go było stwierdzić wszędzie tam, gdzie badania doświadczalne Gye'a wykazywały biologicznie jego istnienie i na odwrót nie można go było stwierdzić mikroskopowo, gdzie brak go było na podstawie doświadczeń Gye'a.

Gye sam uważa, że wykazanie rozmnażania się zarazka *in vitro* byłoby słusznem uzasadnieniem wyciągniętych wniosków. W tym celu brał pożywkę już wspomnianą z dodatkiem kawałka płodu kurczęcia z 12—16 dnia i wszczepił w nią pełną pętlę „hodowli pierwotnej". W ten sposób powstawała pierwsza „hodowla wtórna" *(subculture)*. Wzrost następuje w ciepłocie 35—36° C w warunkach beztlenowych. Po 4 dniach zakłada się w sposób podobny drugą hodowlę wtórną itd. Rozcieńczenie pierwszej hodowli wtórnej jest 1:1000, tak, że w piątej hodowli wtórnej hodowla pierwotna rozcieńczona jest do 10·15. Szereg doświadczeń na kurach wykazał, że 1 cm sz. przesączu piaskowego traktowanego chloroformem (a więc czynnik swoisty) dał wynik ujemny, 1 cm sz. piątej hodowli wtórnej (a więc sam zarazek) dał również wynik ujemny a dopiero 0.5 cm sz. powyższego przesączu piaskowego i 0·5 cm sz. owej hodowli wtórnej spowodowało powstanie nowotworu. Opisane doświadczenie, jak i dalsze modyfikacje owego doświadczenia mają dowieść możności otrzymania hodowli zarazka *in vitro*.

Wszystkie dotychczasowe badania dotyczyły mięsaka kur Rousa. Używane przez autora nowotwory ssaków, a więc mięsak wrzecionowato-komórkowy myszy 37/S, mięsak szczurów Jensen'a, rak myszy 63 i rak szczurów 9, pochodzące z Imperial Cancer Research Fund różnią się tem od mięsaka kur Rousa, że nie są one nowotworami przesączalnemi w zwykłem tego słowa znaczeniu, t. zn. przesącz ich, otrzymany sposobem Rousa, nie wytwarza nowotworów. Pierwsze doświadczenia z mięsakiem myszy wykazały, że komórki nowotworowe giną szybko w płynie Ringera i w ciepłocie 37° C. dodatek surowicy królika i nadmiar tlenu przedłużają żywotność ich, a brak tlenu jest ważnym czynnikiem zabijającym komórki nowotworowe. To stwierdzenie jest podstawą dalszych doświadczeń z nowotworami ssaków. Autor hoduje tkankę nowotworową w zwykłej pożywce przy ciepłocie 37° C, ale stara się zapomocą pompy Geryka oraz wodoru i prądu elektrycznego wytworzyć doskonałe warunki beztlenowe. Po odwirowaniu zbiera się górną warstwę płynu i zastrzykuje się myszom, u których po 2 tygodniach stwierdzić można guzy. Wyniki były takie same jeśli płyn ów przesączono jeszcze. Autor sądzi tedy, że od powyższych nowotworów mięsak kury Rousa różni się tem, że jego dodatkowy czynnik chemiczny jest stalszy i obfitszy. Niemożność przenoszenia nowotworu 37/S zapomocą przesączu, otrzymanego sposobem Rousa, tłumaczy autor częściowo utlenieniem czynnika swoistego podczas mieszania z piaskiem, częściowo zbyt wielkiem rozcieńczeniem potrzebnem do takiego przesączania.

W doświadczeniach z mięsakiem szczurów Jensena, rakiem szczurów 9 i rakiem myszy 63 stosował autor drogę pośrednią celem wykazania, że przyczyna wywołująca jest zewnętrzna. Z szeregu doświadczeń najważniejszem było następujące: Pierwsza kura otrzymała 1 cm sz. przesączu piaskowego mięsaka Rousa traktowanego chloroformem (czynnik swoisty), druga kura 1 cm sz. hodowli raka 63 w warunkach beztlenowych (czynnik nieswoisty czyli zarazek), trzecia kura otrzymała 0.5 cm sz. pierwszego i 0.5 cm sz. drugiego płynu. Tylko u tej ostatniej powstał nowotwór nie różniący się od mięsaka Rousa ani histologicznie ani biologicznie. Na tej samej zasadzie polegały doświadczenia z mięsakiem szczurów Jensena i rakiem szczurów 9. Wyniki były takie same.

Z materjału ludzkiego autor przeprowadził doświadczenia w 3 przypadkach. Pierwszy, rak włóknisty sutka, dał wynik ujemny, ponieważ hodowla była zakażona zwykłemi drobnoustrojami, drugi, mięsak uda, również zawiódł, mimo że hodowla nie była zakażona, dopiero w trzecim przypadku wynik był dodatni. Chodziło tu o gruczolako-rak sutka. Użyto do hodowli tkanki z ogniska pierwotnego oraz z gruczołu pachowego „niezmiernie powiększonego" (rozpoznania histologicznego gruczołu pachowego brak). Doświadczenie to znowu wykonano na kurach, stosując przesącz piaskowy mięsaka Rousa, traktowany chloroformem jako czynnik swoisty, a jako czynnik nieswoisty czyli zarazek służyła hodowla tkanki nowotworowej i tkanki gruczołowej. W obu przypadkach otrzymano wynik dodatni, t. zn. wyrosły nowotwory typu Rousa.

Streszczając się Gye podkreśla, że nowotwór Rousa

Nr. 1 wywołany jest przez zarazek, który został wyhodowany, dalej, że mięsak myszy 37/S może być przeniesiony przez przesącz wolny od komórek oraz że nowotwory szczurów 9 i Jensena, a także rak myszy 63 i gruczolako-rak człowieka zawierają czynnik, który może zastąpić zarazek nowotworu Rousa w doświadczeniach nad powstaniem mięsaka kur. Wspólnym czynnikiem czterech ostatnich nowotworów jest prawie napewne zarazek, który sam jednak nie wywołuje przemiany złośliwej komórki. Potrzebny do tego jest środek pomocniczy (znajdujący się obficie w mięsaku kur) nazwany przez autora czynnikiem swoistym. Przytem zwraca autor uwagę na różnicę między »czynnikiem swoistym« a »aggresyną« Bail'a (ta ostatnia wywołuje schorzenie znamienne dla danego drobnoustroju). Choroba rakowa w najszerszem tego słowa znaczeniu *(cancer)* jest wywołana przez zarazek lub grupę zarazków. W normalnych warunkach zamiast czynnika swoistego wywołuje stałe podrażnienie pewien stan, pod wpływem którego może nastąpić zakażenie. Niektóre środki drażniące są znane, jak smoła pogazowa, parafina i t. d. Zarazek prawdopodobnie żyje i rozmnaża się w komórkach oraz pobudza komórkę do ciągłego rozmnażania się.

W końcu Gye i Barnard podkreślają zgodność między wynikami spostrzeżeń mikroskopowych a rezultatem badań doświadczalnych, co pozwala uważać wnioski za słuszne, ale sami przyznają, że „ostatecznym dowodem będzie hodowla zarazka z pojedynczej kolonji, lub, o ile to możliwe, z jednego sferoidu oraz wytworzenie nowotworu zapomocą hodowli otrzymanej w ten sposób".

Tak przedstawiają się poglądy Gye'a i Barnarda. Bezwątpienia podjęte zostaną badania kontrolujące i wykażą trafność spostrzeżeń opisanych. Ale już teraz nasuwa się pytanie, czy wnioski ostateczne autorów nie są zbyt uogólnione. Słusznie bowiem Roussy zwraca uwagę, że wyniki otrzymane przez autorów, dotyczą tylko mięsaków. Jednem słowem, trudno dzisiaj na podstawie powyższych danych ocenić, jak wielkim krokiem naprzód w kierunku rozwiązania zagadnienia raka są badania Gye'a i Barnarda. Doniosłość ich może być w każdym razie jeszcze większą, jeżeli nowe metody okażą się użytecznemi w tak mało zbadanej dziedzinie zarazków przesączalnych.

Piśmiennictwo:

1) Barnard J. E. The microscopical examination of filterable viruses associated with malignant new growths. (The Lancet nr. 531 tom CCIX, 1925 str. 117—122). — 2) Gye W. E. The aetiology of malignant new growths. (Tamże str. 109—117). 3) Roussy G. Une théorie nouvelle sur l'origine du cancer. (Presse méd. nr. 62, 1925).

Oceny i sprawozdania.

Prof. dr. Hans Much (Hamburg). **Aphorismen zum Heilproblem.** Lipsk 1925. (C. Kabitsch). Stron 101. (Cena 2·70 m. n).

Oryginalne swoje poglądy na odporność, uodpornienie i na leczenie oparte na tych poglądach ujmuje autor w formę aforyzmów właściwym sobie stylem. *r.*

Prof. Dr. W. Gądzikiewicz. **Metodyka badań higjenicznych.** Lwów—Warszawa 1925. Wydawnictwa lekarskie Książnicy-Atlasu.

Rzetelną usługę oddał prof. Gądzikiewicz higjenie i jej nauczaniu, napisaniem swego podręcznika, którego brak odczuwała przedewszystkiem młodzież lekarska, mająca się zaznajamiać ze sposobami badań higjenicznych. Na 269 stronach omawia metodykę badania powietrza, wody, gruntu, najważniejszych środków spożywczych, jak mleka, masła, mięsa, mąki, chleba, piwa, naczyń kuchennych, odzienia, oświetlenia, książek, zaś w dodatku podręczne w laboratorjum czynności przygotowawcze, jak sprawdzanie naczyń mierniczych, przygotowywanie najważniejszych, potrzebnych płynów mianowanych i t. p. W wyborze metod uwzględnił autor nietylko znane w metodyce badań higjenicznych znane z piśmiennictwa, przedewszystkiem niemieckiego, lecz również bardzo obficie metodykę wprowadzoną przez autorów rosyjskich, prawie nieznaną w ogólnem piśmiennictwie europejskiem, przy możliwie najszerszem uwzględnieniu piśmiennictwa higjenicznego, polskiego. Bardzo wielką zaletą książki prof. Gądzikiewicza, są bardzo liczne ilustracje przyrządów oraz inne ryciny objaśniające tekst i wprowadzające ucznia celowo do stosowania metod, nadto zaś uwzględnienie najnowszej metodyki badania, zwłaszcza w dziedzinie mu najbliższej: mąki, a przedewszystkiem chleba, książek. Pod tym względem podręcznik prof. Gądzikiewicza, jak niemniej swą treściwością i jasnością przedstawienia wyróżnia się bardzo dodatnio wobec tego rodzaju podręczników niemieckich, jak Emmericha-Trillicha »*Anleitung zu hygienischen Untersuchungen*«, Flüggego »*Hygienische Untersuchungsmethoden*« i stosunkowo najnowszej, lecz wobec postępów nauki higjeny już przestarzałego Lehmanna »*Methoden d. practischen Hygiene*«, pozbawionych mniej lub więcej ilustracyj objaśniających.

Nawet w najlepszym podręczniku znajdą się usterki, nie jest od nich wolnym i podręcznik prof. G. Do nich zaliczam powstałe przez niedopatrzenie, umieszczenie przy mleku refraktometru Wollnego-Zeissa o skali i budowie, kwalifikującej przedstawiony przyrząd do badania masła, zamiast praktyczniejszego do tego celu refraktometru Abbego. Usterkę tę łatwo uchylić przy wydaniu następnem, w kórem byłby zarazem pożądany krytyczny pogląd na wartość praktyczną — szybkość i łatwość w wykonaniu — przedstawionych metod badania z uwagi na to, że wykonywać je mogą lekarze obok wielu innych zadań sanitarnych, w swej działalności publicznej, nie rozporządzający ani urządzeniami laboratoryjnemi, ani piśmiennictwem fachowem, a tem mniej czasem, koniecznym dla zdobycia krytycyzmu własną pracą laboratoryjną.

L. Bier (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Annales d'oculistique.

Janvier 1925.

V. Morax. **Osteo-periostitis syphilitica w okolicy policzka u młodych osobników.** M. przedstawia 2 przypadki przetok powstałych w wieku dziecięcym skutkiem *osteoperiostitis gummosa hereditaria* ze względu na ich rzadkie umiejscowienie. Przetoki te wytworzyły się symetrycznie w części skroniowej powiek dolnych obu oczu. Zwyczajnie zmiany kostne pochodzenia kiłowego zajmują górny albo zewnętrzny brzeg oczodołu. W przypadkach autora w następstwie zmian kostnych powstały zrosty skórno-kostne, powodujące obustronne wywinięcie powiek. Celem trwałego usunięcia tego wywinięcia powiek autor nie ogranicza się tylko do oddzielenia zrostów, ale wszczepia między tkankę kostną i skórną płat tkanki tłuszczowej i to płat albo uszypułowany wycięty z tkanki tłuszczowej podskórnej policzka albo nieuszypułowany uzyskany z powłok brzusznych lub uda.

Jumentie i Valière Vialeix. **Przypadek zapalenia mózgu ostrego nieropnego z zapaleniem nerwu wzrokowego u osobnika dorosłego. Obraz wziernikowy tarczy zastoinowej. Uszkodzenia zajmujące przedewszystkiem drogi wzrokowe wewnątrz i zewnątrzkomórkowe.** U chorej 20-letniej nie wykazującej oprócz niżej opisanych żadnych objawów chorobowych wystąpiła w przeciągu 3 dni zupełna utrata wzroku na obu oczach. Wziernikiem stwierdzono typową tarczę zastoinową obustronną. Po wykonanej trepanacji czaszki nie uzyskano żadnej poprawy, dołączały się natomiast stopniowo objawy, wskazujące na zajęcie kory mózgowej i dróg piramidowych. Nakłucie lędźwiowe nie wykazało wzmożonego ucisku, białka ani limfocytozy — odczyn Wassermanna ujemny. Śmierć nastąpiła po 3 miesiącach.

W krótkim czasie przed śmiercią można było stwierdzić szybko postępujące objawy zaniku w obu tarczach nerwu wzrokowego. Badanie anatomiczne wykazało ogniska chorobowe w substancji białej płatów potylicznych pr. i l. w okolicy pasem promienistych wzrokowych (*radiatio optica*). Histologicznie stwierdzono ogniska zapalne z naciekami okołonaczyniowemi, pozbawienie osłonek rdzennych włókien nerwowych wewnątrz i naokoło tych ognisk. Podobne uszkodze-

nie włókien nerwowych spotkano w nerwach wzrokowych, w skrzyżowaniu nerwów i w drogach wzrokowych.

W opisanym przypadku umiejscowienie zmian i obrazy histologiczne nie odpowiadają pod wielu względami zmianom, spotykanym przy zapaleniu mózgu epidemicznem. Przypadek ten podobny jest do przypadków opisanych pod nazwą *neuromyelitis optica acuta*«, w których zmiany zapalne zajęły nerwy wzrokowe i rdzeń — w naszym przypadku zajęte są drogi wzrokowe i substancja biała mózgu. Przez analogję należałoby go nazwać »*neuroencephalitis optica acuta*«.

Godnem zastanowienia jest, że w przypadku powyższym mimo typowego obrazu tarczy zastoinowej nie było podwyższenią ucisku wśródczaszkowego. Powstanie więc tarczy zastoinowej z następowym szybkim zanikiem nerwu wzrokowego nie można tłumaczyć jedynie wzmożeniem się ucisku wśródczaszkowego, ale obraz ten może być również wynikiem zmian zapalnych w przednim odcinku nerwu wzrok. wynikiem ucisku produktów zapalenia na naczynie centralne. O możliwości tej należy pamiętać mając do rozstrzygnięcia przyczynę tarczy zastoinowej, gdyż trepanacja wykonana w przypadku zapalenia, a nie guza mózgu może przynieść tylko szkodę choremu.

Dr. Jean Sédan. **Dwa przypadki zawodowego zapalenia spojówki i rogówki u artystów kinematograficznych.** S. spostrzegał dwa przypadki zapalenia spojówki i rogówki powstałe u artystów kinematograficznych skutkiem działania zbyt silnego światła. W pierwszym przypadku u jednej z artystek w sześć godzin po próbie pojawia się b. silne pieczenie w obu oczach, następnego dnia następuje światłowstręt, łzawienie, obrzęk powiek, zaczerwienienie spojówki gałki w obrębie szpary powiekowej, trzeciego dnia zmętnienie rogówki pasemkowate (godz. IX. i III). Począwszy od dnia czwartego szybka poprawa — po tygodniu gałki oczne bez zmian. U drugiej chorej po trzy godzinnej próbie występują również wszystkie wyżej wymienione objawy — zmiany na rogówce ustępują jednak dopiero po 10 dniach — wyleczenie po 14 dniach. Na podstawie wyżej opisanych przypadków, piśmiennictwa wywiadów — u 58 reżyserów przedstawień kinematograficznych S. podaje następujące spostrzeżenia: Zmiany opisane podobne są do oftalmji elektrycznej występującej u robotników zajętych w hutach żelaznych, albo do uszkodzeń oka spowodowanych silnym blaskiem lodowców. Objawy gwałtowne z początku uspokajają się i ustępują szybko w zupełności. Specjalne umiejscawianie się zmian w obrębie szpary powiekowej odpowiada sferze działania promieni szkodliwych. Uszkodzenia rogówki należą do rzadkości. Czas działania promieni szkodliwych nie odgrywa żadnej roli w genezie zmian ocznych.

Zmiany te są naogół dość częste. Występują zawsze tylko u debjutantów. Istnieje pewna predyspozycja u presbiopów i miopów. Celem ochrony oka należy zalecić artystom noszenie podczas prób szkieł ołowianych.

J. Mikulińska (Lwów).

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. T. V. Z. 2.

Collmann. **O tajemnicy lekarskiej.** Autor rozważa kwestję tajemnicy lekarskiej na podstawie § 300 n. u. k., który ściśle tej sprawy nie określa, można mieć bowiem wątpliwości, czy tajemnica dotyczy dentystów, lekarzy promowanych zagranicą, kobiet-lekarzy, anatomo-patologów i czy do tajemnicy jest obowiązany lekarz, który tylko przygodnie spełnia czynności lekarza. Również nie jest ściśle określone, których spraw dotyczy tajemnica lekarska i od czego zależy zwolnienie od niej, tak, że ustawę tę można rozmaicie interpretować. Autor podaje propozycje zmian ustawy, usuwające odnośne wątpliwości.

Lejbowitsch. **Przyczynek do charakterystyki obecnych samobójstw w Rosji Sowieckiej.** Ilość samobójstw w Rosji przed wojną wynosząca 40 na miljon ludności spadła obecnie tak, że pierwsze dokładniejsze statystyki powojenne t. j. z drugiej połowy 1920 i 1921 roku ilość tę określają na 30 na miljon. Stosunek samobójstw mężczyzn do kobiet, wynoszący przed wojną 4:1, zmienił się po wojnie na 3:1,7. Co do ilości samobójstw w stosunku do wieku, to ostatnie statystyki wykazują zmniejszenie ilości samobójstw dzieci w Rosji; co do stanu, to przeważna ilość mężczyzn było żonatych co autor odnosi do luźnych obecnie w Rosji związków małżeńskich. Znacznie przeważa procentowo ilość samobójstw u osobników wykształconych nad niewykształconymi; pod względem zawodu, to najwięcej samobójstw dotyczyło rolników i robotników. Co do rodzajów samobójstw, to ilość samobójstw przez powieszenie u mężczyzn jest taka sama, jak przez postrzał; w samobójstwach przez utopienie autor zauważył spadek. Częstą przyczyną samobójstw była choroba umysłowa, cierpienia fizyczne, złe warunki i kłopoty materjalne.

Schüller. **Rzadki przypadek samobójstwa w więzieniu.** Mężczyzna 26-letni, uwięziony z powodu kradzieży, próbował najpierw powiesić się na szalu, potem na szelkach swoich i swego towarzysza; gdy jednak to wszystko okazało się za słabe, powiesił się na owijaczach swego współtowarzysza, którego podarunkami nakłonił do milczenia. Autor radzi wobec częstych samobójstw w więzieniach, podejrzanym uwięzionym dawać towarzysza, któryby ewentualnie przeszkodził dłuższym przygotowaniom, które są potrzebne n. p. do samobójstwa przez powieszenie. Jednak ta obecność niezawsze pomaga, jak n. p. w powyższym przypadku.

Goroncy. **W sprawie indywidualnej diagnozy krwi.** Autor opiera się na pracy Hajeka, zastosowania histerezy do sądowo lekarskiego wykazywania identyczności krwi ze względu na wiek osobnika, uważając wraz z Ružičką za histerezę, postępującą z wiekiem zmianę substancji żywej, która się objawia zmniejszeniem zdolności rozpuszczania protoplazmy. Przy tych badaniach autor posługiwał się mierzeniem stężenia jonów wodorowych, podobnie, jak Hajek, który badając krew zeschniętą, wziętą ze zwłok, doszedł do wniosku, że pH zmniejsza się z wiekiem osobnika, i że oznaczając stężenie jonów wodorowych w zaschniętym śladzie krwi można wcale dokładnie określić wiek osobnika. Autor przy pomocy barwnych odczynów, używając jako wskaźnika *p-nitrophenolu* badał zaschniętą krew, pobraną u zdrowych osobników, oraz krew wziętą ze zwłok, jednak nie stwierdził żadnego związku między koncentracją jenów wodorowych, a wiekiem osobników. Tę więc metodę oznaczania wieku z zaschniętych śladów krwi autor uważa za zupełnie nieścisłą i nienadającą się do badań sądowo-lekarskich.

Stassmann. **O indywidualnej diagnozie krwi.** Ze względu na własności aglutynacyjne surowicy krwi oraz zdolności aglutynacji czerwonych ciałek krwi podzielił Landsteiner wszystkich ludzi na 4 grupy. Własności te dziedziczą się według prawa Mendla; wcześniej, bo już u noworodków występują własności ciałek czerwonych, własności surowicy dają się wykazać dopiero po pierwszym roku życia. Oznaczenie przynależności osobnika do jednej z grup ma w medycynie sądowej znaczenie przy oznaczaniu pochodzenia śladów krwi w przypadkach morderstwa, przy określaniu tożsamości osób nieznanych oraz przy dochodzeniu ojcostwa. Technika oznaczania jest prosta; przy pomocy surowic i ciałek czerwonych o znanej przynależności do jednej z grup, bada się makro- lub mikroskopowo aglutynację lub absorbcję aglutynin z surowicy krwi. Krew pobrana ze zwłok jeszcze do 7 dni po śmierci dawać może wyniki. W starszych, zaschniętych śladach krwi, z których nie można otrzymać zawiesiny ciałek czerwonych, oznacza się tylko własności surowicy, które mimo wyschnięcia utrzymują się około 6 tygodni. Wspomnianemi metodami nie jest dotychczas możliwe określenie z całą pewnością, czy krew zaschnięta pochodzi od danej osoby, jednak przez oznaczenie przynależności krwi do jednej z grup, można wykluczyć pochodzenie od pewnego osobnika, a więc w każdym razie jest to pewien postęp w sądowo-lekarskiem badaniu krwi.

Kipper. **Nowe wyniki przy próbach postrzałów nitroprochem.** Na podstawie własnych doświadczeń, a mianowicie postrzałów na zwłokach różnemi pociskami i nabojami autor doszedł do wniosków, że ziarna wbitego prochu można wykazać jeszcze do 50 cm odległości, a nawet i do 5 m. (Fraenkel 25 cm, Lochte 30 cm) i że do określenia odległo-

ści strzału musi się przedewszystkiem znać nabój, a nietylko pocisk. Z ziaren prochu, wbitego dokoła rany nie można wnosić o odległości, z której padł pocisk; w każdym przypadku należy w tym celu wykonać szereg prób tym samym nabojem.

Z. 3.

S t r a s s m a n n. **Śmierć wskutek postrzałów podczas ucieczki.** Autor podaje kilka przez siebie sekcjonowanych przypadków śmierci wskutek ran postrzałowych u uwięzionych, gdzie obwinieni usprawiedliwiali się, że zastrzelili więźniów, ponieważ ci zaczęli uciekać. W dwóch przypadkach autor na podstawie dokładnego określenia odległości, z jakiej padły strzały (najwyżej do dwóch metrów), charakteru i kierunku kanałów postrzałowych, biegnących przeważnie od tyłu i dołu ku przodowi i górze, oraz określenia szybkości zejścia śmiertelnego dochodzi do wniosku, że pierwsze rany postrzałowe o przebiegu poziomym trafiły denatów w pozycji stojącej, dalsze zaś, o kierunku skośnym, podczas upadania na ziemię i że w tych przypadkach trudno przyjąć postrzały podczas ucieczki.

K l i e n e b e r g e r. **O napięciu afektu i odpowiedzialności na podstawie dwóch przypadków usiłowanego samobójstwa po morderstwie względnie usiłowanem morderstwie.** Dokładnie rozważywszy motywy czynu oraz stan psychiczny sprawcy, autor dochodzi do wniosku, że usiłowane morderstwo przez dwukrotny strzał skierowany do swej narzeczonej nie było dokonane z namysłem, lecz pod wpływem nagłego afektu; za tem przemawia też amnezja pewnych faz czynu, szybkość z jaką czyn został dokonany, i zachowanie się sprawcy po czynie. W drugim zaś przypadku, dotyczącym 37-letniej kobiety, która zamordowała przez poderżnięcie gardła swoich troje dzieci a następnie przecięła sobie żyły na nogach, autor przyjmuje depresję, która się stopniowo, wskutek różnych niepowodzeń powiększała, wreszcie doszło do coraz większego napięcia afektu, które doprowadziło do wyładowania. Podłoża afektywnego dowodzą bardzo rozległe rany u dzieci, silne zaburzenia przytomności po czynie i niemożność dokładnego zdania sprawy z czynu. Co do odpowiedzialności, to w drugim przypadku nie było wątpliwości, co do zupełnego braku odpowiedzialności, w pierwszym zaś również należy go uznać, wobec stałej gotowości, do wybuchu afektu. Wogóle przy wymiarze kary należy więcej indywidualizować i karać nie przekroczenie, ale sprawcę.

H e r s c h m a n n. **O zdolności zawarcia małżeństwa umysłowo chorych według a. u. k.** Prawo austrjackie jest przestarzałe co do kwestji zdolności zawarcia małżeństwa przez umysłowo chorych; prawo niemieckie sprawę tę określa dokładniej, mimo to jednak zarówno co do nieważności małżeństwa, jak i możności jego zaczepienia nasuwa liczne wątpliwości. Autor proponuje zmianę ustawy w tym duchu, aby unieważniać małżeństwa zawarte przez umysłowo chorych podczas *lucida intervalla*, znieść zdolność zawarcia małżeństwa, zupełnie, jak i częściowo ubezwłasnowolnionych bez względu na przyczynę ubezwłasnowolnienia, i nie zgadza się z zapatrywaniami niektórych autorów, którzy sądzą, że małżeństwo powinno być dozwolone u pozbawionych własnowolności alkoholików, gdyż rzekomo małżeństwo ma dobrze wpływać w tych przypadkach; należy tylko uwzględniać nieliczne wyjątki. A. u. k. nie wspomina, jakoby choroby umysłowe stanowiły jeden z powodów unieważnienia małżeństwa, jednak czasem jest to jedynem wyjściem; temu poglądowi dało wyraz prawo szwajcarskie, z którem jednak autor pod pewnemi względami się nie zgadza.

H e l l s t e r n. **O przymusowem odżywianiu więźniów.** Przeciwko pracy autora, ogłoszonej niedawno, podniósł Carrara zarzuty, że niesłusznie sprzeciwia się autor przymusowemu odżywianiu więźniów, które Carrara stale z dobrym wynikiem stosuje. Autor stoi na swojem dawnem stanowisku, że zdrowych więźniów, którzy nie chcą przyjmować pożywienia, nie należy zaraz przymusowo odżywiać, ale czekać, czy więzień się nie zmieni; podobną metodę stosuje autor z dobrym wynikiem u symulantów.

A t t i n g e r. **O śmierci gwałtownej przy chorobach, połączonych z drgawkami.** Dziewczynka $3^1/_2$-letnia (poród ciężki kleszczowy) zupełnie prawidłowo rozwijająca się dostała nagle drgawek klonicznych, gorączki 41^0, objawów hemiplegji, sinicy, porażenia oddychania i utraciła przytomność. Po zastosowaniu chloralu *per clisma* i sztucznego oddychania po 12 godzinach dziecko zupełnie wróciło do zdrowia. Był to więc prawdopodobnie *status eclampticus* przy *diathesis spasmophilica;* w narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Autor dochodzi do wniosku, że ogólne drgawki są w stanie wywołać niedomogę zdrowego mięśnia sercowego, którego przemiana gazów jest upośledzona z powodu skurczu mięśni oddechowych.

Z. 4.

U r i c h. **Nagła śmierć przy sepsis.** Rozpoznanie *sepsis* na stole sekcyjnym często jest trudne, a niejednokrotnie opierać się musi tylko na wykazaniu drobnoustrojów w krwi, co jednak nie jest zupełnie pewne, wobec stwierdzanego pośmiertnego wnikania drobnoustrojów do krwi; jednak pobierając krew z ostrożnościami w 12—24 godzin po śmierci, zarówno autor, jak i wielu innych, nigdy nie wykazali bakteryj, które wniknęły po śmierci. Autor podaje przypadki, które sam badał, gdzie obraz sekcyjny był ujemny, a badanie bakterjologiczne wykazało drobnoustroje, przeważnie łańcuszkowce. Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny lat 36, który zmarł nagle podczas *coitus;* obraz sekcyjny był ujemny, ale badanie bakterjologiczne krwi wykazało obfitą ilość łańcuszkowców, badanie zaś histologiczne zwyrodnienie nabłonków i kanalików nerkowych, a w tkance podścieliskowej nerek nacieki limfocytarne i komórki plazmatyczne. W drugim przypadku, u mężczyzny 39-letniego, również przy ujemnym obrazie sekcyjnym wykazał autor łańcuszkowce, histologicznie jednak stwierdzono białaczkę szpikową; do niej więc przyłączyło się zakażenie łańcuszkowcami. Trzeci przypadek *sepsis* z ropniem przerzutowym w okolicy rozwidlenia się tchawicy, której punktem wyjścia była dawna rana na palcu. W dalszym przypadku *sepsis* miała punkt wyjścia z macicy, gdzie stwierdzono obrażenia po kryminalnem spędzeniu płodu. Również u 24-letniej kobiety wykazał autor *sepsis* bakterjologicznie również najprawdopodobniej o punkcie wyjścia z macicy, choć zmian anatomicznych sekcyjnie nie stwierdzono. Ostatni wreszcie przypadek była to *sepsis,* której punktem wyjścia był zmiażdżony palec u ręki. We wszystkich tych przypadkach śmierć nastąpiła nagle; bakterje wykazano przeważnie we krwi ze śledziony. Autor radzi w niejasnych przypadkach śmierci badać krew bakterjologicznie, gdyż to może się czasem przyczynić do wyjaśnienia przyczyny śmierci.

N i p p e. **Naśladowany przypadek dzieciobójstwa.** Autor podaje dwa zupełnie podobne przypadki dzieciobójstwa, przez uduszenie kneblem, włożonym do ust noworodków. Obie matki były pielęgniarkami; druga dzieciobójczyni poznała poprzedni przypadek przez przeczytanie aktów sprawy poprzedniego dzieciobójstwa oraz oglądnięcie fotografji dziecka z kneblem w ustach.

S c h ü l l e r. **Porody w klozetach jadących pociągów.** Do przypadków opisanych niedawno przez Foga autor dodaje dwa własne, porodów w klozetach pociągów; jeden noworodek zmarł odrazu, upadłszy na główkę i doznawszy ciężkich obrażeń czaszki, drugi doznał tylko lekkich obrażeń, co autor odnosi do bardzo małej szybkości pociągu w tej chwili i do zamkniętej klapy w lejku klozetu.

R e a s t r u p. **O otruciu fluorem.** Otrucie to jest tak rzadkie, że zaledwie kilka przypadków jest opisanych w piśmiennictwie. Autor spostrzegał otrucie u 6-u osób kluskami, które miały smak kwaśny; z nich zmarł jeden mężczyzna 42-letni po 10 godzinach i jeden 44 letni po 6 godzinach. Obraz sekcyjny tych zwłok był podobny do przypadków opisanych poprzednio, mianowicie znachodzi się w żołądku krwawą lub czekoladową treść, o oddziaływaniu kwaśnem, błona śluzowa żołądka zaczerwieniona, obrzękła, na szczytach fałdów czarno zabarwiona, z wybroczynkami; górna część jelita cienkiego bywa też zaczerwieniona i obrzękła. W żołądku i dwunastnicy wykazano chemicznie połączenie fluoru. Otrucie fluorem przedstawia więc dość charakterystyczny obraz sekcyjny, który trochę się zbliża do otrucia przez *As*

i *Ba*, ale i od nich się różni, również i nieco się różnią objawy kliniczne, zwłaszcza od otrucia barem, gdzie występuje osłabienie mięśni, przy sekcji zaś przekrwienie narządów wewnętrznych i wybroczyny. Połączenia fluoru są używane w praktyce, jako środek konserwacyjny i jako trucizna na szczury, i w tych postaciach mogą powodować otrucie.

Juliusberger. **Paragraf 51 w obecnej i przyszłej formie.** Autor poddaje krytyce dawne brzmienie § 51 n. u. k. i projektowane, i podaje swoje plany w celu wprowadzenia poprawek.

Szulisławska (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 lutego 1925.

Przewodniczący kol. Majewski.

Obecnych 64 członków.

Po odczytaniu protokołu ostatniego posiedzenia

1. Kol. Mieczysław Kosiński wygłosił rzecz p. t. **»O krwawem uruchomianiu kostnie zesztywniałych stawów«** z pokazem operowanych chorych.

Określiwszy pojęcie i przyczyny, prowadzące do kostnego zesztywnienia, omawia leczenie, które może być tylko operacyjne, a polega na rozdłutowaniu kostnie zesztywniałego stawu, wytworzeniu nowych powierzchni stawowych, naśladujących naturalne, i interponowaniu pomiędzy nowo utworzone powierzchnie stawowe wolno przeszczepionej powięzi lub płata tkanki tłuszczowej. Pokazuje chorych operowanych, oraz rentgenogramy przed i pooperacyjne. Na podstawie operowanych przez siebie w szpitalu św. Łazarza 8 przypadków (5 stawów kolanowych, 2 stawy biodrowe, jeden łokciowy) przychodzi do wniosku, że wynik czynnościowy zależy w pierwszym rzędzie od kształtu nowo wytworzonych powierzchni stawowych, naśladujących naturę, szerokości nowo wytworzonej szpary stawowej a zarazem od rodzaju interponowanej tkanki, wolno przeszczepionej. Najlepsze wyniki otrzymywał przy przeszczepianiu tkanki tłuszczowej. Pozatem dalszy wynik, t. j. uzyskanie ruchomego stawu, zależy od inteligencji, cierpliwości i wieku chorego, dlatego nie radził wykonywać artroplastyki u dzieci.

2. Kol. Tadeusz Pawlas wygłosił odczyt p. t. **»O leczeniu rzeżączki reargonem«**. (Rzecz drukowana w »Polskiej Gazecie Lekarskiej).

W dyskusji przemawia kol. Horowitzówna, Leuchter i prelegent.

Posiedzenie naukowe w dniu 25 lutego 1925.

Przewodniczący kol. Majewski.

Obecnych 110 członków.

1. Po odczyniu protokołu z posiedzenia w dniu 18 lutego przewodniczący zawiadamia, że do Prezydjum Izby lekarskiej wpłynęło pismo z Naczelnej Izby lekarskiej, aby Krakowska Izba lekarska wypowiedziała się do 2 tygodni w sprawie nowelizacji ustawy i ustroju w zakresie działania Izb lekarskich i prosi, aby koledzy, którzy zajmowali się kiedykolwiek tą sprawą, złożyli wypracowane przez siebie wnioski na ręce prezydenta Strzemieńskiego.

Sprawa jest nagła i przy tego rodzaju pomocy mogłaby być szybciej doprowadzona do końca.

Prezydent Strzemieński podnosi wagę poruszanej przez przewodniczącego sprawy.

Nastąpiły pokazy chorych.

2. Kol. Artwiński przedstawia przypadek **nowotworu, wychodzącego z płatu czołowego mózgu.** Kol. Glatzel opisuje przebieg operacji w przedstawionym przypadku (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol Rosenhauch, który badał ten przypadek, twierdzi, że wynik operacji na bystrość wzrokową jest nadzwyczajny. Kol. Zieliński zwraca uwagę na objawy ze strony układu pozapiramidowego, które wobec nieznacznego porażenia uwydatniają się tem silniej w znieruchomieniu i charakterystycznem pochyleniu całej postaci, maskowatości twarzy, stąpaniu drobnemi krokami. Wymagają one tutaj, jak i zespół ataksji frontalnej, szczególnego uwzględnienia.

3. Kol. Rost (z oddz. doc. Artwińskiego) przedstawia przypadek **kauzalgji** — nerwobólu pourazowego, charakteryzujący się brakiem reakcji na antipiretica. Chory jest leczony pilokarpiną z bardzo dobrym wynikiem.

W dyskusji kol. Zieliński omawia szerzej udział układu wegetatywnego w obrazie klinicznym kauzalgji.

4. Kol. Lenartowicz przedstawia przypadek **Dermatitis herpetiformis Duhring**, omawiając przytem nadwrażliwość ustroju w danym przypadku na jod, stosowany zarówno wewnętrznie, jak i na zewnątrz, w postaci maści.

5. Kol. Dybowski przedstawia przypadek **Xeroderma pigmentosum**, typowy zarówno w swoim przebiegu, jak wyglądzie klinicznym, i omawia doświadczenia, dotyczące wpływu światła na skórę w temże schorzeniu.

6. Kol. Adamowicz z I-ej kliniki medycznej przedstawia chorego 18-letniego z **guzem przysadki mózgowej.** Od kilku miesięcy chory cierpi na łaknienie z moczeniem, wynoszącem ponad 4 litry dziennie (*diabetes insipidus verus*), miewa wymioty i zrzadka bóle głowy, anorexia i upadek odżywiania. Wybitnie wyrażony niedorozwój fizyczny i płciowy (*infantilisme hypophysaire*). Na rentgenogramie, wykonanym przez doc. Nowaczyńskiego, *sella turcica* rozszerzona i pogłębiona w miernym stopniu, wyrostki klinowe zanikłe i zniekształcone. Badanie okulistyczne dało wynik ujemny. U chorego przejawia się wybitny wpływ pituglandolu, stosowanego podskórnie; już po pierwszej injekcji nawrót łaknienia, oligurja i zagęszczenie moczu do 1,012, przemijające po 6—8 godzinach, również potrójnie i poczwórnie zwiększone wydalanie chlorków. Przy dalszej obserwacji zostanie zastosowany Novasurol śródmięśniowo, w myśl poglądów Bauera i B. Aschnera.

W dyskusji przemawiał kol. Rosenhauch.

6. Kol. Bujwid omawia szybką metodę **badania stężenia jonów wodorowych** za pomocą odczynnika z fabryki Veita o nieznanym prelegentowi składzie. Dała ona prelegentowi w jego badaniach b. dobre wyniki. Skala barw jest b. duża.

W dyskusji kol. Blassberg przypuszcza, że wskaźnik ten klinicznie będzie miał duże znaczenie, bo orjentuje bardzo szybko. Będzie miał zastosowanie w stanach acidozy ustroju. Kol. Łukaszczyk twierdzi, że metoda ta nie jest dokładna. Kol. Bujwid w odpowiedzi przyznaje, że metoda ta rzeczywiście nie jest bardzo dokładna — jest natomiast bardzo praktyczna — bo pozwala na szybkie orjentowanie się.

7. Kol. Karelus przedstawia przypadek **deviation conjuguée u dziecka 8-mio miesięcznego**, Ustawienie głowy i gałek ocznych ku stronie prawej. Po stronie lewej porażenie n. twarzowego (gał. II. i III.), *lagophthalmus*. Również po stronie lewej porażenie *abducentis*. Pozatem stwierdza się objawy oponowe (sztywność karku, objaw Brudzińskiego i t. d.). Czasami występują kloniczne drgawki twarzy po stronie prawej i napadowe skręcanie głowy na prawo, niezależnie od *deviation*. Przypadek ten każe przypuszczać i myśleć o 2-ch ogniskach; jednem porażennem u podstawy czaszki po stronie lewej (*residua post meningitidem*), które daje porażenie *facialis* i *abducentis* (po stronie lewej, drugiem, drażniącem płat czołowy lewy (po stronie lewej), które powoduje napadowe skręcanie głowy na prawo i *deviation conjuguée convulsif* przy klonicznych drgawkach twarzy po stronie prawej. Ogniska te odnieść należy do przebytego zapalenia opon mózgowych. Można oczekiwać znacznej poprawy.

8. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek, pokazany przed 2 tygodniami z powodu ciała obcego w oku, obecnie po operacji z wynikiem korzystnym.

9. Kol. Szancerowa przedstawia przypadek **mięsaka czerniaczkowego naczyniówki.**

Posiedzenie naukowe w dniu 4 marca 1925.

Przewodniczący kol. Olbrycht.

Obecnych 37 członków.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Kol. Janie Frączkiewiczu, podnosząc jego zasługi na polu lekarskiem i społecznem, co obecni uczcili przez powstanie.

1. Kol. Spira senior wygłasza odczyt p. t. **»Nerwice odruchowe pochodzenia nosowego«** (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji przemawiał kol. Strumieński.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. posiedzenie naukowe w dniu 20. marca 1925 r.

Przewodniczy kol. Zgórski, obecnych 104 członków.

1. Kol, Sabatowski uzasadnia możliwość i konieczność bojkotu niemieckich zdrojowisk wobec wrogiego stanowiska prusaków.

Odczytuje rezolucję:

»Lwowskie Towarzystwo Lekarskie wzywa swych członków, aby przy wysyłaniu chorych bezwzględnie omijali zdrojowiska niemieckie oraz wybrzeża gdańskie. W razie konieczności leczenia poza granicami Państwa, należy kierować chorych do zdrojowisk czesko-słowackich i francuskich oraz nad morze rumuńskie, jugosłowiańskie, włoskie i francuskie«.

Powyższą rezolucję zebrani przyjęli przez aklamację.

2. Kol. Sołowij przedstawia chorą H. G. lat 50. Rodziła pierwszy raz przed 28 laty. Niedługo potem przebyła operację plastyczną pochwy i krocza tudzież operację Alexandra-Adamsa z powodu wypadnięcia macicy. W 5 lat później przebyła ponowny poród, w następstwie którego zaczęła macica ponownie wypadać i odtąd ten stan coraz bardziej się pogarszał. Przed 3 laty przebyła laparotomję z powodu *ileus*.

Przed rokiem przestała miesiączkować, jednakowoż przed trzema miesiącami wystąpiło dłuższe, silne krwawienie maciczne.

Stan obecny: Blizna między pępkiem a spojeniem łonowem po przebytej laparotomji, tudzież blizny nad obydwiema pachwinami po operacji Alexandra-Adamsa. Nad pachwiną lewą wyczuwa się w jamie brzusznej dość **twardy, wydłużony guz,** zupełnie nieruchomy, grubości więcej niż 2 palców, dochodzący aż do spojenia łonowego. Pochwa w całości wypadnięta na zewnątrz. Na ujściu zewnętrznem macicy rozległe owrzodzenie. Szyja macicy niezwykle wydłużona, taśmowato cienka, znajduje się w całości na zewnątrz szpary sromowej, trzon macicy mały poza spojeniem łonowem, mało ruchomy, pozostaje w związku z guzem przedtem opisanym.

24. I. 1925 laparotomja. Otwarcie jamy brzusznej trudne z powodu zrośnięcia sieci na dużej przestrzeni z otrzewną ścienną, tudzież z jelitami i guzem nad pachwiną lewą. Po oddzieleniu i skróceniu sieci trzeba było oddzielić bardzo silne i rozległe zrosty 3 pętli jelita cienkiego z guzem, który w swej górnej części wykazuje chełbotanie, w dolnej zaś części jest twardy, jak kamień. Górna część guza pęka wśród oddzielania i wylewa się z niej około 50 gramów gęstej, cuchnącej, zielonawej ropy, uwolnienie zaś dolnej, twardej części guza ze zrostów na całej jego powierzchni, zwłaszcza z otrzewną ścienną w okolicy otworn kanału pachwinowego, napotyka na niezwykłe trudności. Guz ten powstał z lewej trąbki i jest w swojej dolnej części zupełnie zwapniały. Trzon macicy w zrostach poza spojeniem łonowem zupełnie ukryty, a ponieważ i tak powstał znaczny ubytek otrzewnej ściennej w miejscu jej zrośnięcia z guzem, więc zaniechano wypreparowania trzonu macicy ze zrostów i, korzystając z niezwykłego wydłużenia taśmowatej szyi macicy, przeprowadzono przez jej ścianę 2 szwy węzełkowe w celu przymocowania pod kątem zgiętej szyi macicy do powłok brzusznych. Przedtem jednak zeszyto między spojeniem łonowem a temi 2 szwami otrzewnę ścienną z otrzewną tylnej ściany szyi macicy na całej przestrzeni, ażeby wykluczyć niebezpieczeństwo dostania się pętli jelitowych poza szwy, przymocowujące szyję macicy do powłok brzusznych. Do miejsca, w którem wypreparowano dolny odcinek guza, wprowadzono gazę xeroformową, której drugi koniec wyprowadzono na zewnątrz w dolnym kącie rany brzusznej. Resztę powłok brzusznych zeszyto trójwarstwowo.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Po 7 tygodniach rana zgojona. Część pochwowa znajduje się wysoko z powodu silnego zrostu, jaki powstał między szyją macicy, a powłokami brzusznemi, pochwa wyciągnięta w górę zupełnie wyprostowana.

Badanie anatomiczne wyciętego guza określa go jako stare ognisko zapalne ze zmianami wstecznemi, włóknistemi, w części zwapnialemi.

Prócz niezwykłych trudności operacyjnych, jakie były do pokonania w tym przypadku, zasługuje na uwagę tak daleko posunięte zwapnienie guza trąbkowego, którego dotychczas S. nigdy nie spostrzegał, pomimo tak wielkiej ilości, laparotomij, wykonanych z powodu ciężkich zmian zapalnych przydatków macicy.

3. Kol. Ruff przedstawia chorego, u którego z powodu **przedziurawienia wrzodu żołądka wykonał operację w 36 godzin po przedziurawieniu.** Operacja z powodu bardzo złego stanu chorego, polegała na zaszyciu brzegów wrzodu, pokryciu linji szwu siecią i drenowaniu jamy brzusznej. Chory po operacji przebył ciężkie zapalenie płuc, a obecnie, po 6 tygodniach, nie doznaje żadnych dolegliwości żołądkowych. Badanie promieniami Roentgena nie wykazuje żadnych śladów wrzodu żołądka. Nawiązując do artykułu Michejdy w Gaz. lek., gdzie opisane są 2 przypadki przedziurawienia wrzodu żołądka z zejściem śmiertelnem, gdzie sekcja po 8 dniach wykazała zupełne wygojenie się wrzodów, mówca zwraca uwagę na ten trzeci przypadek i wyraża zdanie, że myśl Michejdy, który w tem szybkiem gojeniu się wrzodów po przedziurawieniu widzi dla nas pewną wskazówkę naturalną, jak postępować terapeutycznie, może być płodną w owoce. Istotnie, wyniki dzisiejszego bardzo radykalnego sposobu operowania wrzodów żołądka, nie są zupełnie zadowalające. Mówca przytacza przypadek, operowany przez Haberera, gdzie 3 razy wykonano wycięcie żołądka, a pomimo tego objawy wrzodu wracały. Nie będzie może zbyt ryzykowne przypuszczenie, że przy przedziurawieniu powstaje *sui generis* proteinoterapja, gdyż duża ilość substancyj białkowych ulega wessaniu pozajelitowo. Może to właśnie naturalna proteinoterapja przyczynia się do tak szybkiego gojenia się wrzodów. Należałoby się zastanowić, czy zwykłe wycięcie wrzodu z równoczesnem wstrzykiwaniem ciał białkowych do jamy brzusznej nie dałoby lepszych wyników, niż rozległe wycięcia. Przypadek przedstawiony dowodzi także, że przy przedziurawieniu, o ile niema znacznego zwężenia odźwiernika, niepotrzebne jest dodawanie gastro-enterostomji.

W dyskusji kol. Kikinger przytacza przypadek ze swej praktyki prywatnej, gdzie zabieg operacyjny, przedsięwzięty w 48 godzin po pęknięciu, przyniósł dodatni wynik leczniczy.

Kol. Schramm: Przypadek kol. Ruffa należy do wyjątków — doświadczeniem tem poucza, że operacja daje dobre wyniki, jeżeli nastąpi w kilka godzin po przebiciu, z każdą godziną rokowanie się pogarsza. Tłumaczenie dobrego wyniku działaniem podobnem do proteinoterapji nie bardzo przemawia nam do przekonania.

Kol. Rencki zaznacza, że proteinoterapją przy wrzodach żołądka i dwunastnicy na klinice zajmuje się od dłuższego czasu, nie daje ona jednak — jak dotychczas — zadawalających wyników.

4. Kol. Sochański przedstawia **przypadek erytremji.** Dotyczy on kobiety 40-letniej. Choroba datuje się od 4 lat. Początkowe objawy dość nieokreślone. Chora zgłosiła się do szpitala powszechnego (Oddział wewn. II), gdzie wykazano zwiększoną ilość erytrocytów we krwi. Przeniesiono chorą do kliniki lekarskiej. Tu stwierdzono stan następujący: Osoba wzrostu średniego, budowy kośćca odpowiedniej, odżywienia miernego. Skóra i widzialne błony śluzowe wybitnie czerwone, zwłaszcza skóra twarzy, błona śluzowa jamy ust i śluzówka gardła. Badanie płuc stwierdza stwardnienie szczytu prawego. Serce lewe nieco przerosłe. II. ton nad aortą zaakcentowany. Riva-Rocci (*a. brachialis*) 130 mm Hg. Brzuch na ucisk tkliwy. Wątroba nieco powiększona. Śledziona znacznych rozmiarów (przekracza ku przodowi łuk żebrowy na 3 palce), twarda, bolesna. Mocz bez białka i cukru, w osadzie kwas moczowy. Wydalanie 0,2 gr błękitu metylenowego (pod. *per os*) 96 godzin. Odczyn Pirqueta +. Wassermann ujemny. Löwi (mimo częściowego odczulenia) +. Badanie okulistyczne (dr. Naróg) nie stwierdziło, prócz zaznaczonego różowego odcienia (w porown. z norm.) dna oka i bledszej przez kontrast tarczy nerwu wzrokowego, żadnych innych diagnostycznie ważnych, szczególniejszych zmian na dnie. Badanie krwi dało wynik następujący. Krew ciemno-czerwona. Krzepliwość $6\frac{1}{2}$ min. Krwawienie $1\frac{1}{2}$ min. Początek hemolizy przy 0,5, zupełna przy 0,3% NaCl. Erytrocytów 7,320.000 o wskaźniku 0,8 anizocytoza, polychromatofilja, bardzo nieliczne normoblasty. Wiązanie tlenu przez krew wolniejsze i po przeliczeniu na pojedynczy erytrocyt gorsze, niż we krwi porównawczej. Płytek Bizzozera 554.000. Ciałek białych 5.600. Mierna neutrofilja, lekkie wzmożenie eozynochłonnych, 0,5% komórek plazmowych. Azot niebiałkowy krwi niezwiększony. Kwas moczowy *pro die* wzmożony.

Całość wyklucza erytrocytozę objawową i pozwala na rozpoznanie erytremji nie zbyt jeszcze rozwiniętej.

S. wspomina o kilku przypadkach daleko posuniętej w rozwoju erytremji, spostrzeganych w ostatnich latach w klinice lekarskiej, omawia tę jednostkę chorobową, wyodrębnioną w 1892 r przez Vaqueza a opracowaną szczegółowo przez Renckiego i Oslera, określa ją, jako schorzenie analogiczne ponieważ do atakującej system leukoblastyczny białaczki, a odnoszące się głównie do układu erytroblastycznego, zestawia poszczególne pozornie uboczne objawy, stwierdzane w tej chorobie, i stara się określić patogenezę cierpienia. Między erytropojezą a erytroftenją istnieje normalnie równowaga. Pierwsza czynność związana jest głównie z czynnością szpiku kostnego i ma pewną łączność ze specjalnym stanem systemu wkrewno-wegetatywnego, dającym się określić jako czysta względnie kombinowana hiperchromaffinoza z nieodłączną nadczynnością współczulną — druga, umiejscowiona w układzie siateczkowośródbłonkowym, jest raczej w styczności ze systemem względem poprzedniego antagonistycznym. Zaburzenie w systemie wdzielniczym, a co za tem idzie i wegetatywnym, pociąga za sobą zakłócenie stosunku siły tworzenia do siły niszczenia ciałek czerwonych, raz na korzyść pierwszej (*erytremia*), drugi raz na korzyść drugiej (*anaemia*). W erytremji jest system erytroftenniczny zrazu normalny, a erytropojeza zwiększona. Rezultatem tego jest zwiększenie się ilości krwinek czerwonych. Wyrównawcza nadczynność aparatu, niszczącego krwinki, zjawia się później, ale tylko z trudnością jest w stanie opanować nadmierne tworzenie erytrocytów.

Hiperchromaffinoza jest w erytremji widoczna i z innych objawów. Choroba zjawia się we wieku, w którym układ chromochłonny wydatnie dochodzi do głosu, poprzedzają ją zwykle nader cechujące zaburzenia naczynioruchowe, schorzenie wikła się często z miażdżycą tętnic, nefrosklerozą i skazą moczanową, zawsze przebiega ze zwyżką ciśnienia krwi i zwykła dawać odczyny wegetatywne na farmakodynamiczne wybiórcze leki w sensie nadwyżki współczulnej czystej lub kombinowanej. Nefrosklerotycy dają często odczyn sympatykotoniczny, tak samo chorzy na dnę. Dlaczego u każdego sympatykotonika nie przychodzi do rozwoju erytremji, to pytanie, na które łatwo odpowiedzieć. Zaburzenia wegetatywne nie muszą być zawsze uogólnione, mogą dotyczyć pewnych tylko narządów. Nadwrażliwość tkanek na pewne inkrety, czy bodźce wegetatywne może być różna, a stąd rozmaite objawy zaburzeń, stąd wynikłych. Erytremicy mają specjalnie nastawiony układ erytroblastyczny i z tej przyczyny ulegają z łatwością bodźcom współczulnym, czy odpowiednim wdzielniczym, o ile zadziała dodatkowy szkodliwy impuls. Impulsów tego typu dostarczają najczęściej toksyczne produkty prątków gruźliczych.

Jeszcze w roku 1907 podkreślał Rencki łączność erytremji z gruźlicą. Badania doświadczalne Frankego nad wpływem tuberkuliny na układ krwiotwórczy zwierząt potwierdzają tę łączność w odniesieniu do tuberkuliny prątków typu grupy ludzkiej. Reasumując całość, można, erytremję określić jako odpowiedź szczególnie nastrojonego systemu krwinkotwórczego na pewne szkodliwości, któreby u ludzi normalnych lub osobników raczej do procesów erytroftenicznych usposobionych, wywołać mogły inny — nawet wprost przeciwny — skutek. Utkanie erytroblastyczne trudno jest bezwzględnie oddzielić od leukoblastycznego (zwłaszcza tworzącego granulocyty) i trombo-

cytoblastycznego i nic też dziwnego, że w erytremji i ten układ zostaje wciągnięty w schorzenie, mogące dojść do postaci, będących jakby złączeniem erytremji z białaczką (obrazy leukemiczne przy erytremji opisali Rencki, Hirschfeld, Schneider). Bodźce, działające na system limfoblastyczny, wywierają znów biegunowo przeciwny wpływ na tkankę, wytwarzającą ciałka czerwone, granulocyty i płytki, choćby szkodliwość zewnętrzna była podobną do powyżej wspomnianej. Słowem — mamy tu do czynienia z obrazem bardzo złożonym, w którym bodziec szkodliwy exogenny wywołuje tylko odczyn, będący odpowiedzią nań tkanki krwinkotwórczej, swoiście nastrojonej neurohormonalnie, a przytem noszącej w sobie cechy wrodzone, przekazane często drogą dziedziczności. Że ten specjalny podkład dla erytremji jest stosunkowo tak rzadki, leży to już niezawodnie w naturze ludzkiego ustroju.

W dyskusji kol. R e n c k i podkreśla, że obecnie coraz więcej spostrzega się przypadków erytremji. Podnosi dużą rolę konstytucji, zaburzeń w gruczołach dokrewnych. R. ma w obserwacji 9 rodzin, wśród wielu członków, u których spostrzegał poliglobulję. Obserwacje te wskazują nam wyraźnie na wrodzony charakter schorzenia. Dok. nast.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne we Lwowie.

P o s i e d z e n i e n a k o w e w dniu 22 stycznia 1925.

1. Kol. K o s t k a przedstawia a) chorego-żołnierza 24-let. z **tuberkulidami guzkowo martwiczemi** na obu podudziach; b) *pro diagnosi* — ze zmianami w pachach, pachwinach i na grzbiecie; **Psoriasis vulgaris flexurarum?, Epidermophyton inguinale Saburaud.**

2. Kol. A n d r u s z e w s k i pokazuje chorego **z wrzodem pierwotnym na wardze górnej**, gruczołami powiększonemi pod brodą i różyczką początkową.

3. Kol. L e s z c z y ń s k i pokazuje chorą a) **z kiłą utajoną**, u której widać ostrą wysypkę pęcherzyków z treścią odrazu mętną, przechodzącą w krostki i strupki. Najbardziej odpowiada rozpoznanie schorzeniu z grupy *Erythema exsudativum multiforme — lichen urticatus;* b) **z kiłą kilakową** na karku i blizną po takiejże na skórze owłosionej głowy tak powierzchowną, że włosy w całej bliźnie są zachowane.

4. Kol. B o h i n ó w n a przedstawia a) chorą z **Acrodermatitis atrophicans Herxheimer**; b) dziecko 4-letnie z rozsianą łuszczycą, trwającą od pół roku. W międzyczasie podczas ospówki samoistna inwolucja, poczem ponowne pogorszenie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 29 stycznia 1925.

1. Kol. B o h i n ó w n a przedstawia a) chorą z ostatniego posiedzenia, pokazaną przez kol. Leszczyńskiego, z prawdopodobnem **Erythema exsudativum multiforme.** Wykwity po większej części ustąpiły pod obojętnem leczeniem; b) 65-letnią chorą z rozległemi **zmianami kilakowemi**, zajmującemi całą powierzchnię **głowy i połowy lewego ramienia.**

2. Kol. M i e r z e c k i pokazuje chorego ze zmianami na obu pośladkach, gdzie badanie mikroskopowe wzbudza podejrzenie **blastomycosis.**

3. Kol. A n d r u s z e w s k i pokazuje chorą z **Erythrodermia exfoliativa acuta** i omawia obecny stan nauki o erytrodermji, według podziału Brocqua. Przedstawiony przypadek nie zgadza się z żadną z form Brocqua i nie pozwala na ścisłe rozpoznanie.

W dyskusji kol. L e s z c z y ń s k i nie uważa *Erythrodermji* za pojęcie chorobowe, lecz za nazwę objawu. Przedstawiony przypadek uważałby raczej za *Psoriasis universalis gravis.*

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 12 lutego 1925.

1. Przewodniczący zawiadamia o śmierci członka Dra Leona Krzemickiego i poświęca Mu słowa wspomnienia.

2. Kol. M i e r z e c k i przedstawia a) chorego **z wykwitem pierwotnym na wardze dolnej**; b) chorą z **Framboesia syphilitica** na wardze dolnej; c) chorą z **Bromoderma na ramieniu prawem.** Chora z powodu padaczki zażywała mieszankę bromową.

3. Kol. G o l d s c h l a g streszcza referaty o »Eczema« **Kreibicha, Blocha, Rieckego i Pinkusa na Kongresie monachijskim** w r. 1923.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 19 lutego 1925.

1. Kol K a u c z y ń s k i przedstawia a) chorą z **rozległemi tuberkulidami** kończyny dolnej prawej; b) **z naczyniakiem twarzy, wargi dolnej i języka**; c) **z rozległemi kilakami języka, podbródka**, **rozległemi bliznami** z twarzy i nosa. Próba luetynowa dodatnia.

2. Kol. A n d r u s z e w s k i przedstawia chorego z **Erythrodermia universalis**, powstałą przed 4 miesiącami.

W dyskusji kol. L e s z c z y ń s k i uważa raczej za łuszczycę lub *lichen ruber acuminatus*, kol. O s t r o w s k i jest raczej za *Dermo-epidermitis Gougerot* lub *Erythrodermia praeleucaemca.*

3. Kol. O s t r o w s k i pokazuje chorą *pro diagnosi.* Na tle rozległego **Naevus systemisatus faciei et colli dextri** widać sprawę nowotworową. Badanie histologiczne wskazuje, jakoby sprawa wychodziła z gruczołów potnych.

4. Kol. N a d e l pokazuje chorego już dwukrotnie przedstawianego **ze zmianami powierzchownemi, wrzodziejącemi na szyi i klatce piersiowej**, gdzie rozpoznanie się wahało między **toczniem a kilakami** a ówczesny dobry skutek po leczeniu swoistem przemawiał za Kiłą. Obecnie nawrót w tych samych miejscach ponadto guz nerki, gruźlica pęcherza i wycięcie jądra gruźliczego.

Dr. Salpeter, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska w Krakowie.

Zarząd Izby Lekarskiej zawiadamia lekarzy członków Izby Lekarskiej w Krakowie, że

Wybory do Rady Izby Lekarskiej w Krakowie

odbędą się **dnia 17. grudnia 1925 r.**

Listy uprawnionych do głosowania ogłoszone zostały w dziennikach urzędowych Województwa krakowskiego i kieleckiego i są do przejrzenia we wszystkich Starostwach tych dwóch Województw, oraz w biurze Izby Lekarskiej, dokąd z ewentualnemi reklamacjami zgłaszać się należy.

Urzędowe karty wyborcze rozesłane zostaną w ciągu miesiąca października i listopada b. r.

W Krakowie, dnia 15. września 1925 r.

Naczelnik: w. z.

Lwowska Izba lekarska.

Kasa chorych ubezpieczeniowa.

P o s i e d z e n i e K o m i t e t u U b e z p i e c z e n i o w e j K a s y C h o r y c h p r z y I z b i e l e k a r s k i e j l w o w s k i e j w dniu 3 lipca 1925 w własnym domu przy ulicy Zyblikiewicza 23.

Obecni: Przew. Dr. P a p é e, Prof. Dr. W. N o w i c k i, Dr. Eug. D o l i ń s k i, sekr. Dr. Miecz. A n d r u s z e w s k i. Nieobecny Dr. Wład. C i e p i e l o w s k i.

1. Protokół z ostatnich 2 posiedzeń t. j. z 17 kwietnia i z 22 maja odczytano i przyjęto.

2. Kol. Dr. D o l i ń s k i przedstawia stan kasy.

3. Uchwalono: O podwyższenie ubezpieczenia (o wielokrotność) należy zgłaszać się pisemnie — wszelkie ustne zgłoszenia są nieważne.

Nie przyjęto do wiadomości ustnego zgłoszenia kol. R. z L o 10-ciokrotne podwyższenie ubezpieczenia.

4. Następujący Koledzy otrzymali przyznanie zasiłów (świadczeń):

1) Kol. A. F. z J. za 34 dni choroby á 2 zł. — 68 zł. 2) Dr. S. R. z J. za 17 dni á 2 zł. — 34 zł. 3) Dr. T. S. z L. za 46 dni á 2 zł. 50 gr. — 115 zł. 4) Dr. J. B. z K. S. za 49 dni á 2 zł. — 98 zł. 5) Dr. J. R. z G. za 16 dni á 2 zł. — 32 zł. 6) Dr. J. K. z T. za 10 dni á 2 zł. — 20 zł. 7) Dr. M. S. z O. za 60 dni á 2 zł. 120 zł. 8) Dr. D. R. z L. za 27 dni á 2 zł. — 54 zł. 9) Dr. J. J. D. z L. za 46 dni à 2 zł. — 92 zł. 10) Dr. J. O. z P. za 15 dni á 10 zł. — 150 zł. 11) Dr. M. W. z L. za 46 dni á 2 zł. — 92 zł. 12) Dr. M. B. J. z K. za 75 dni á 2 zł. — 150 zł. — wszyscy z potrąceniem zaległych wkładek (przeważnie za III. kwartał 1925). Razem uchwalono wypłacić 1026 zł.

5. Odmówiono dalszego świadczenia Kol. Dr. B. B. z L. w myśl § 6 regul. (choroba trwa dłużej, niż 12 miesięcy).

6. Od Kol. Dr. E. P. z T., Dr. F. H. z R. i Dr. Z. Z. B. z P. uchwalono zażądać przedłożenia świad. lek., stwierdzającego, jak długo byli niezdolni do pracy zawodowej.

Przyjęto do wiadomości zgłoszenia choroby Dr. M. B. z L. i Dr. S. R. z L. obu od 9 czerwca 1925.

7. Reklamacje:

1) Dr. W. M. z H. 2) Dr. Fr. D. z P. 3) Dr. S. H. z S. załatwiono wyjaśnieniem, iż mają bezwzględnie obowiązek należenia do Kasy Ubezpiecz. — ad 2) i 3) ze zwróceniem uwagi na konsekwencje § 19-o regulaminu. 4) Dr. W. G z L. przyznano ulgę spłaty zaległych wkładek w ratach miesięcznych, z odpisaniem procentów zwłoki i kosztów. 5) Dr. B. M. z P. przyznano ulgę spłaty wkładek w ratach miesięcznych i zwrócono uwagę na obowiązek zgłoszenia zaprzestania praktyki. 6) Dr. Z. S. z H. przyznano słuszność jego obliczeń w przeciwieństwie do pomyłki, zaszłej przy obliczaniu należytości ze strony Kasy.

8. Uchwalono jednomyślnie umieścić w najbliższych numerach Pol. Gaz Lek. jako osobne ogłoszenie: W myśl uchwały Rady Izby lek. lw. z dnia 29. III. 1925. oznaczono nieprzekraczalny termin zgłoszenia choroby **najpóźniej 30 dni** po zachorowaniu, termin 3 miesięczny odnosi się tylko do zupełnie wyjątkowych przypadków, których uwzględnienie należy do zakresu działania Komitetu Kasy ubezpieczeniowej. Zgłoszenie późniejsze pozbawia ubezpieczonego prawa otrzymania świadczenia za chorobę przybytą.

9. Celem sprawniejszego funkcjonowanin Kasy — szczególności celem umożliwienia szybszego wypłacania chorym Kolegom należnych im zasiłków (świadczeń), uchwalono na wniosek Kol. Dr. Mieczysława Andruszewskiego, upoważnić Kol. Dra

Eugenjusza Dolińskiego, jako skarbnika, i Dra Mieczysława Andruszewskiego, jako sekretarza (każdego z osobna) — w przypadkach nie przedstawiających wątpliwości — do załatwiania doraźnego zgłoszeń o zasiłki bez czekania na następne posiedzenie Komitetu.

Dr. Andruszewski, sekretarz. *Dr. Papée*, przewodniczący.

Związek lekarzy P. P. Obwód Włocławski.

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Obwodu Włocławskiego ostrzega kolegów przed przyjmowaniem posad w Powiatowej Kasie chorych we Włocławku. Pomiędzy lekarzami a Powiatową Kasą chorych od dnia 16. września r. b. istnieje stan bezkontraktowy.

Sekretarz Związku: *Dr. Maciejowski.*

Taksy lekarskie w Województwie Nowogrodzkiem.

Wydział Zdrowia Publ. Województwa Nowogrodzkiego przesyła do wiadomości niżej umieszczoną taksę dla lekarzy oraz niższego personelu lekarskiego, przyjętą na terenie Województwa Nowogrodzkiego.

I. Pobory lekarskie.

A. Zwykłe wizyty i wyjazdy.

1) Wizyta u lekarza w domu 5 Zł. — 2) Wizyta u lekarza połączona z więcej skomplikowanem badaniem, zastrzykiem i t. p. 10 Zł. — 3) Wizyta lekarza u chorego w domu 10 Zł. — 4) Wizyta lekarza połączona ze skomplikowanem badaniem, zastrzykiem i t. p. 15 Zł. — 5) Wyjazd do chorego poza miasto do 2 kl. 15. — Pozatem po 5 Zł. za każdy dalszy kilometr ponad 2 kilometry. — Wszystkie powyższe opłaty w porze nocnej (od 8 w. do 8 r.) zwiększają się o 100%. Ceny przy konsyljum o 100% wyższe.

B. Połogi.

1) Obecność lekarza przy normalnym połogu za pierwsze 2 godziny 30 Zł., za każdą następną godzinę po 10 Zł.

2) Zabiegi przy patologicznych połogach:

a) Drobne zabiegi (Tamponada pochwy, założenie kolpeurynteru, przerwanie pęcherza, cucenie płodu, zabieg Crede, odprowadzenie pępowiny i t. p. 15 Zł.

b) Średnie zabiegi (Kleszcze, tamponada macicy, usunięcie resztek płodu, abrasio, szycie krocza, Episiotomia i t. p. 50 Zł.

c) Ciężkie zabiegi (obrót, placenta praevia, embriotomia i t. p. 100 Zł. i wyżej według umowy.

C. Zabiegi chirurgiczne.

Drobne zabiegi: 1) zastrzykiwania rozczynu fizjol., Salwarsanu, nacięcie ropnia, mastitis, phlegmone, punkcja i aspiracja ropnia zimnego, kateteryzacja, przemycie pęcherza i t. p.) 15 Zł. — 2) Średnie zabiegi: (opatrunek ustalający, złamania i wywichy, mniejsze operacje do radykalnej operacji przepukliny włącznie, przepuklina uwięzgnięta, rak dolnej wargi, rezekcja żebra i t. p. 50 Zł. — 3) Duże zabiegi chirurgiczne: (Apendicitis ileus, rezekcje stawów, operacje na pęcherzu, sterczu, żołądku, operacje w zakresie wątroby, dróg żółciowych, jelit i t. p.) 100 Zł. i wyżej według umowy.

II. Pomoc felczerska.

1)Porada u felczera w domu 1 Zł. 50 — 2 Zł. — 2) Wizyta felczera u chorego w mieście 3—4 Zł. — 3) Drobne zabiegi felczerskie — bańki, enemy i t. p. u chorego w domu 3—5 Zł. — 4) Zastrzykiwania codzienne z polecenia lekarza u siebie w domu 1 Zł.— 5) Zastrzykiwania codzienne z polecenia lekarza u chorego 2 Zł.— 6) W nocy od 8 w. do 8 r. ceny o 50% wyższe.

III. Opłaty położnym.

1) Przeprowadzenie połogu i codzienne odwiedzanie chorej 1 raz dziennie w ciągu okresu 10-dniowego 50—75 Zł. — 2) Przeprowadzenie połogu bez następowych wizyt 25 Zł. — 3) Za każdą wizytę następną 2 Zł. 50 gr.

IV. Opłaty dentystom.

1) Usunięcie zęba bez znieczulenia 3 Zł. — 2) Usunięcie zęba przy znieczuleniu 6 Zł. — 3) Zwykła plomba 5 Zł. — 4) Zdjęcie kamienia, oczyszczenie zęba, uśmierzenie bólu 5 Zł. — 5) Zwykła wizyta 2 Zł. — Roboty złote, platynowe, wstawienie zębów i t. p. według umowy.

Spis patentów, wydanych przez Urząd Patentowy Rzeczypospolitej Polskiej, z zakresu zainteresowań lekarskich.

Wszystkie poniżej dotąd opublikowane opisy patentowe nabywać można w Bibljotece Urzędu Patentowego Rz. P. Warszawa, Elektoralna 2. pokój 324. po cenie 1 zł. za egzemplarz.

6 a^{16} 1850. Auguste Vasseux (Siant-Mande, Francja). Sposób wyrobu i zastosowania odżywek przy hodowli roślin, grzybów, drobnoustrojów, pleśni, roślin kleistych i podobnych roślin. 3. 8. 1921. Udzielono 6. 4. 1925.

30 h^2 1967. Erdöl und Kohle-Verwertung Aktiengesellschaft (Berlin, Niemcy) i Dr. Franz Zernik (Berlin-Wilmersdorf, Niemcy). Sposób otrzymywania roztworów siarki o działaniu teraupeutycznem. 18. 5. 1923. Pierwsz. 26. 5. 1922. (Niemcy). Udzielono 28. 4. 1925.

30 h^2 1998. Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel, Société pour l'Industrie Chimique a Bale. (Bazylea, Szwajcarja). Sposób przeprowadzenia nierozpuszczalnych lub trudno-rozpuszczalnych w wodzie lekarstw w stan nadający się do wkraplania i zastrzyków. 17. 5. 1924. Pierwsz. 14. 7. 1923. (Szwajcarja). Udzielono 30. 4. 1925.

30 h^2 1999. Benedykt Hepner i Jan Gessner (Warszawa, Polska). Sposób otrzymywania soli bizmutowych kwasu chaulmugrowego. 21. 6. 1924. Udzielono 30. 4. 1925.

30 h^3 1922. Chemische Werke Grenzach Aktiengesellschaft (Grenzach, Niemcy). Sposób otrzymywania preparatów makowcowych słabo zabarwionych. 2. 7. 1920. Pierwsz. 8. 12. 1914. (Niemcy). Udzielono 21. 6. 1925.

30 h^3 1990. Julius Wohlgemuth (Charlottenburg, Niemcy). Sposób wytwarzania proszku rtęciowego i maści rtęciowej, względnie emulsji bez tłuszczu. 27. 10. 1923. Pierwsz. 15. 11. 1922 dla zastrz. 1; 21. 8. 1923 dla zastrz. 2 i 3. (Niemcy). Udzielono 30. 4. 1925.

30 h^6 1866. Elektro-Osmose Aktiengesellschaft (Graf Schwerin Gesellschaft) (Berlin, Niemcy). Sposób oczyszczania i powiększania czynnej substancji leczniczej surowicy i podobnie złożonych mieszanin. 30. 6. 1920. Pierwsz. 7. 3. 1916. (Niemcy). Udzielono 18. 4. 1925.

30 h^6 1904. Elektro-Osmose Aktiengesellschaft (Graf Schwerin Gesellschaft) (Berlin, Niemcy). Sposób wytwarzania nieszkodliwej surowicy dżumy świńskiej. 27. 1. 1921. Pierwsz. 27. 2. 1920. (Niemcy). Udzielono 18. 4. 1925.

30 h^6 1923. Elektro-Osmose Aktiengesellschaft (Graf Schwerin Gesellschaft) (Berlin, Niemcy). Sposób przenoszenia tak zwanych materyj uodporniających ze swoistego ciała białkowego na nieswoiste albo zaopatrzone w inne materje uodporniające białko. 19. 8. 1920. Pierwsz. 11. 7. 1918. (Niemcy). Udzielono 21. 4. 1925.

30 h^6 1968. Elektro-Osmose Aktiengesellschaft (Graf Schwerin Gesellschaft) (Berlin, Niemcy). Sposób sporządzania otrzymywanej przez uodpornienie koni i mułów surowicy skutecznej przeciw zarazie morowej świńskiej. 20. 3. 1923. Pierwsz. 8. 5. 1922. (Niemcy). Udzielono 28. 4. 1925.

30 h^6 1969. Eduard Greutert et Cie (Bazylea, Szwajcarja). Sposób i pożywka dla wytwarzania szczepionki przeciw odrze. 1. 10. 1923. Udzielono 28. 4. 1925.

30 h^6 2000. Chemische Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering) (Berlin, Niemcy). Sposób otrzymywania szczepionek z bakteryj 6. 2. 1924. Pierwsz. 8. 2. 1923. (Niemcy). Udzielono 30. 4. 1925.

30 h^6 2007. Kalle et Co Aktiengesellschaft (Biebrich n. R., Niemcy). Sposób wytwarzania nader czynnych bakteryj, drożdży lub mikrobów. 4. 2. 1924. Pierwsz. 5. 2. 1923. (Niemcy). Udzielono 2. 5. 1925.

30 j^1 1867. Elektro-Osmose Aktiengesellschaft (Graf Schwerin Gesellschaft) (Berlin, Niemcy). Sposób zabijania drobnoustrojów zapomocą prądu elektrycznego. 9. 6. 1920. Pierwsz. 19. 8. 1919. (Niemcy). Udzielono 8. 4. 1925.

30 j^1 1970. Compagnie du Gaz Clayton (Paryż, Francja). Udoskonalony sposób i przyrząd do zabiegów dezynfekcyjnych. 22. 11. 1922. Udzielono 28. 4. 1925.

30 j^2 1879. Percy Samuel Lelean (Londyn, Wielka Brytanja). Ulepszenia, dotyczące dezynfekcji i niszczenia robactwa w odzieży, pościeli i t. p. przedmiotach. 10. 11. 1920. Pierwsz. 20. 11. 1918. (Wielka Brytanja). Udzielono 14. 4. 1925.

30 j^2 1880. Léon Durand i Georges Bottin (Paryż, Francja). Aparat do wzmożonego wytwarzania gazu o głębokiem przenikaniu przeciw zarodkom, owadom i zarazkom. 6. 8. 1920. Pierwsz. 21. 4. 1917. (Francja). Udzielono 14. 4. 1925.

30 j^2. 1905. Dyonizy Popławski (Warszawa, Polska). Dezynfektor parowo-powietrzny. 10. 12. 1920. Udzielono 18. 4. 1925.

30 j^2. 1955. W. P. Kłobukowski (Warszawa, Polska). Aparat dezynfekcyjny, działający szkodliwemi dla zdrowia gazami. 10. 7. 1922. Udzielono 24. 4. 1925.

30 j^2. 1971. Firma Karel Krcil Nást. (Praga, Czechosłowacja). Kurek sterowy dla dezynfektorów. 22. 5. 1923. Udzielono 28. 4. 1925.

30 j^3. 1937. Paul Borinski (Berlin, Niemcy). Sposób otrzymywania przezroczystych rozczynów krezolu. 28. 5. 1920. Pierwsz. 4. 8. 1917. (Niemcy). Udzielono 22. 4. 1925.

30 j^3. 1991. Friedrich Grossmann (Budapeszt, Węgry). Środek dezynfekcyjny. 2. 10. 1923. Udzielono 30. 4. 1925.

30 j^3. 1992. Koholyt Aktiengesellschaft (Berlin, Niemcy). Środki, działające zabójczo na bakterje i grzybki. 20. 10. 1923. Pierwsz. 21. 10. 1922. (Niemcy). Udzielono 30. 4. 1925.

30 j^4. 1924. Stanisław Żongołłowicz (Wilno, Polska). Parowo-formalinowy odkażacz. 4. 6. 1921. Udzielono 21. 4. 1925.

451^3. 1956. Artur Wöber i Friedrich Pichler (Wiedeń,

Austrja). Sporządzanie organicznego środka przeciw pasorzytom. 25. 2. 1922. Pierwsz. 26. 2. 1921. (Austrja). Udzielono 24. 4. 1925.

64 a[6]. 1936. Oskar Andermann (Treuenbrietzen, Niemcy). Higieniczny ochraniacz ust, zastosowany do szklanek. 1. 5. 1920. Udzielono 22. 4. 1925.

30 h[3]. 2111. Firma E. Merck (Darmstadt, Niemcy). Sposób otrzymywania jednorazowych oleistych preparatów bismutowych, nadających się do zastrzyków. 20. 11. 1924. Pierwsz. 13. 12. 1923. (Niemcy). Udzielono 25. 5. 1925.

451[3]. 2067. Deutsche Gold- und Silber-Scheide-Anstalt, vorm. Rössler (Frankfurt n. M., Niemcy). Sposób tępienia wszy. 7. 7. 1920. Pierwsz. 22. 6. 1916. (Niemcy). Udzielono 14. 5. 1925.

57 a[37]. 2096. Alexander von Rothe (Berlin - Wilmersdorf, Niemcy). Sposób i przyrząd do zdjęć kinematograficznych, dokonywanych w pomieszczeniach zamkniętych, szczególnie do zdjęć operacyj chirurgicznych. 20. 4. 1921. Pierwsz. 12. 2. 1919. (Niemcy). Udzielono 22. 5. 1925.

Prof. Wacław Suchowiak
rzecznik patentowy (Lwów).

List do Redakcji.

W sprawie opłacania taks zdrojowiskowych przez lekarzy i ich rodziny.

W »Polskiej Gazecie Lekarskiej« Nr. 34 - 35 znalazłem wzmiankę o pobieraniu opłat kuracyjnych od lekarzy i ich rodziu w Gdyni. Najzupełniej podzielam oburzenie Redakcji, chciałbym jednak powiedzieć, że niestety Gdynia nie stanowi wyjątku, i że w Solcu nielepsze stosunki dla lekarzy. Oto ilustracja.

Cierpiąc oddawna na reumatyzm, chciałem wykorzystać w celu leczniczym 2-tygodniowy swój urlop i pojechałem z córką do Solca, najbliższego uzdrowiska w Województwie Kieleckiem, w którém od 2 lat zamieszkuję i pracuję, najpierw jako lekarz fabryczny, a potem jako lekarz Kasy Chorych w Ćmielowie. Ku wielkiemu zdumieniu musiałem płacić za siebie i za córkę. Za córkę (12 lat) płaciłem, jak inni kuracjusze: za bilet sezonowy (za 12 dni pobytu!) 20 złotych i za kąpiele siarczane po 2·50 zł. Ja zaś kąpiele siarczane, które są tańsze (2·50), miałem bezpłatnie, a za mułówki częściowe płaciłem, jak wszyscy, po 3·50 zł. Od brania biletu sezonowego byłem zwolniony. W rezultacie leczenie kosztowało mnie drożej, niż mieszkanie i całodzienne utrzymanie przez czas pobytu w Solcu, co przy obecnej proletaryzacji lekarzy ma znaczenie. Leczyłem się na Limanach w Odesie, w Sławiańsku, w Starej-Rusie i 3 sezony w Nauheimie, nigdzie lekarze za kąpiele nie płacili, a rodziny ich miały 50% rabatu. To jest nasza prerogatywa, dana samem życiem, której musimy bronić.

Zakład kąpielowy w Solcu jest własnością prywatną. Sądzę jednak, że podobne traktowanie lekarzy ze strony właściciela Solca — jest niezrozumieniem własnego interesu, bo czem więcej lekarzy pozna zdrojowisko, tem dla niego lepiej. W interesie zakładu jest zapraszać lekarzy, zachęcać do zwiedzania, robiąc im wszelkie ulgi ku temu, a nie utrudniać, stosując do nich rosyjskie: »goni monietu!«.

Właściciel Solca musi zrozumieć, że bez lekarzy i ich poparcia Solec i nadal pozostanie w stanie uwiądu, gdyż frekwencja kuracjuszów jest nikła w porównaniu z tą, jaką być powinna ze względu na siłę leczniczą i bogactwo jego źródeł.

Sądziłbym jeszcze, że lekarz kąpielowy w Solcu przy dobrych chęciach mógłby wpłynąć, aby ten »*usus*«, niesłychany w żadnem zdrojowisku zagranicą i w kraju, zmienić na korzyść lekarzy i *eo ipso* na dobro samego uzdrojowiska.

Ćmielów, we wrześniu 1925 r.

Bolesław Milewski.

Od Redakcji.

Prof. dr. Jan Tadeusz Lenartowicz przeniósł się na Katedrę dermatologji do Lwowa. Krakowska Redakcja »Polskiej Gazety Lekarskiej« traci przez to dzielnego i gorąco oddanego sprawom »Gazety« kierownika, a młodzież uniwersytecka szczerego przyjaciela i gorliwego opiekuna Towarzystwa Bratniej Pomocy i Bibljoteki Medyków U. J., którego był kuratorem. Krakowska Redakcja »Gazety«, żegnając z żalem swego głównego pracownika, któremu wiele zawdzięcza, życzy Mu jak najserdeczniej powodzenia i bogatych plonów pracy na nowem stanowisku.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Rejestracja chorych wenerycznych. Wskutek reskryptu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) z 28. lipca 1925. Nr. Z. H. 4051, ma się odbyć w czasie od 1. do 30. września 1925 ponownie rejestracja chorych wenerycznych w całem Państwie Polskiem.

Wystawa przyrodniczo-lekarska, zorganizowana w Warszawie podczas XII. Zjazdu, wypadła imponująco, przewyższając analogiczne wystawy, urządzane w ostatnich czasach zagranicą, zarówno pod względem zewnętrznego wyglądu, jaki pod względem naukowej i praktycznej wartości eksponatów. Niewątpliwie jednym z działów najbardziej zajmujących była wystawa, dotycząca nowotworów, urządzona przez Polski Komitet do zwalczania raka. (Organizatorzy — docent Sterling-Okuniewski, dr. Weinert i dr. A. Pallier). Widzimy tu na pierwszym planie niezmiernie ciekawą kolekcję preparatów i mikrofotografij, dotyczących nowotworów doświadczalnych. Okazy te nadesłał prof. Fibigier z Kopenhagi na prośbę organizatorów wystawy. »Jury« postanowiło złożyć prof. Fibigierowi specjalne za to p. dziękowanie. Obok tej kolekcji duńskiej stoi szereg podobnych okazów polskich, pochodzących z pracowni Warsz. Tow. Naukowego (dr. Flatau), oraz z Instytutu anatomo-patol. w Wilnie. Dalej — bardzo znaczna ilość preparatów anatomo-patol. z zakładów Warszawskich: kliniki ginekologicznej (prof. Czyżewicz), kliniki chirurgicznej (prof. Leśniowski), Instytutu anatomo-patol. (prof. Paszkiewicz) i oddziału II. szpitala Przem. Pańskiego (dr. Al. Zawadzki). Dział rentgeniczny był niemniej bogato reprezentowany. Zwracają tu szczególną uwagę nadzwyczajne demonstracyjne fotografje nowotworów układu nerwowego, kości i narządów wewnętrznych z pracowni dra Judta, szereg niezmiernie charakterystycznych fotografij raków żołądka z zakładu drów Drozdowicza i Grudzińskiego i wyjątkowo piękna kolekcja diapozytywów, ilustrujących nowotwory różnych narządów, z pracowni dra B. Kryńskiego. W osobnych gablotkach widzimy eksponaty, dotyczące radu; zbiór instrumentów, aplikatorów, filtrów, próbek rudy, z której rad się otrzymuje, fotografij, ilustrujących fabrykację radu i t. d. (własność Krakowskiego Instytutu). Osobny kącik zajęła propaganda Daru Narodowego Im. Skłodowskiej-Curie, obok zaś wydawnictwa polskie i obce, materjały, dotyczące ośrodków przeciwrakowych w Paryżu, Lugdunie i Bordeaux oraz Ligi Franko-Anglo-Amerykańskiej. Na ścianach porozwieszano wykresy i mapy, między któremi zwracały uwagę nowe, oryginalne tablice dra W. Mikłaszewskiego, radcy Gen. Dyr. Służby Zdrowia. Oto w krótkich słowach, co zawierała ta pierwsza w Polsce, a zdaje się także w Europie, wystawa, poświęcona walce z nowotworami, nagrodzona złotym medalem.

Państwowy Instytut wychowania fizycznego. We wrześniu r. b. Minist. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego otwiera w Warszawie państwowy Instytut wychowania fizycznego. Instytut mieścić się będzie w oddanym na ten cel przez p. prezydenta Rzeczypospolitej parku Sobieskiego. Znajdująca się tam olbrzymia marmurowa hala wystawowa przebudowana będzie niezwłocznie na cele Instytutu, według gotowych już planów.

Instytut korzystać będzie z pomocy naukowych i sił wykładowych uniwersytetu. Studja te są dwuletnie, bezpłatne. Kandydaci i kandydatki do Instytutu w wieku 18 – 30 lat winni posiadać świadectwo dojrzałości szkoły średniej lub seminarjum nauczycielskiego, świadectwo zdrowia, pewną kulturę fizyczną i zamiłowanie do życia sportowego. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa na przyszłość od kierowników ćwiczeń cielesnych w szkołach wymagane będą przynajmniej dwuletnie studja w instytucjach specjalnych.

Kraków.

Lekarzem naczelnym miasta, w miejsce przechodzącego w stan spoczynku doc. dr. Janiszewskiego, został mianowany dr. Józef Owsiński. Ustępującego doc. dr. Janiszewskiego pożegnały władze naczelne miasta i personal sanitarny uroczyście w stworzonych przez niego, wzorowych Zakładach sanitarnych na Prądniku Białym, w których umieszczono na cześć jego tablicę pamiątkową.

Dyrektorem Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia został mianowany dr. W. Wróblewski, dyrektor takiegoż urzędu w Kielcach.

Szpital Izraelicki został otwarty, po wojnie gruntownie odnowiony i znacznie rozszerzony i ulepszony. Dyrektorem jego jest dr. Jan Landau (senior).

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dn. 9. b. m. o godzinie 6 tej wiecz. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych, 2) Wykład kol. W. Ziembickiego p. t. **„Kim był i co pisał o naszym kraju, a zwłaszcza o jego zdrojach, Baltazar Hacquet, członek fakultetu lekarskiego we Lwowie w epoce Józefińskiej.**

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz dozorczy.

Łódź.

Spis lekarzy, stosujących odmę sztuczną w Polsce, będzie ogłaszany corocznie, w styczniu, we wszystkich pismach ogólno-lekarskich. Nazwiska prosimy przesyłać pod adresem: Łódź, ul. Piotrkowska l. 111, Dr. Seweryn Sterling.

Wilno.

Prof. Babiński z Paryża został mianowany profesorem honorowym Uniwersytetu Stefana Batorego. Dyplom profesora honorowego wręczył Mu osobiście prof. Władyczko, w towarzystwie p. Ponińskiego, członka ambasady polskiej w Paryżu.

Z kraju.

VI. Polski Kongres przeciwalkoholowy odbył się w Katowicach w dniach 25—27 września r. b. Na trzech zebraniach plenarnych wygłosił dr. Strumiłło wykład: »Alkoholizm u młodzieży«, p. J. Szymański, referent walki z alkoholizmem w Gen. Dyr. Służby Zdrowia, wykład: »Zadanie państwa w walce z alkoholizmem«, prof. dr. Gantkowski: »Zadanie społeczeństwa w walce z alkoholizmem«, ks. Niesiołowski: »Czem zastąpić napoje alkoholowe«, prof. Didiowa: »Udział kobiety w walce z alkoholizmem«. Oprócz tego odbyło się szereg zebrań poszczególnych towarzystw przeciwalkoholowych, na których były wygłoszone referaty, między innemi o ustawie i monopolu spirytusowym.

Ze świata.

Nowa ustawa o małżeństwie i rodzinie w Sowietach. Kolegjum komisarjatu do spraw wewnętrznych opracowało projekt nowej ustawy o małżeństwie i rodzinie. Jak donoszą pisma sowieckie, treść projektu jest następująca: Nowy kodeks opiera się na zupełnej swobodzie w stosunkach małżeńskich, na ustaleniu związku krwi pomiędzy dziećmi a rodzicami, na zabezpieczeniu interesów matki i dzieci i równouprawnieniu majątkowem małżonków. Małżeństwo może być zawarte na podstawie umowy ustnej lub pisemnej, może być przerwane każdej chwili. Kobiety mogą wychodzić zamąż od 16 lat, mężczyźni mogą się żenić od 18. Zabrania się małżeństw między osobami, znajdującemi się w związku krwi w linji prostej. Prawo uznania małżeństwa należy wyłącznie do władzy cywilnej. Zawierający małżeństwo mogą nosić nazwisko męża, żony lub zostać każde przy swojem. Używanie nazwisk podwójnych jest wzbronione. Zmiana miejsca zamieszkania przez jednego z małżonków, nie zmusza drugiego do translokacji. Małżeństwo nie stwarza wspólnego prawa własności do majątku, którym małżonkowie władali osobno przedtem. Niezdolny do pracy lub bezrobotny małżonek, lub małżonka ma prawo do utrzymania przez drugiego, o ile ten jest w stanie mu je zapewnić. Prawo to nie ustaje po rozwodzie. Rozwód dokonywa się za porozumieniem obojga małżonków lub na życzenie jednego z nich. Dzieci zostają przy tym małżonku, którego wyznaczy sąd. Kobiecie, która zaszła w ciążę, a nie znajduje się w małżeństwie zarejestrowanem, wolno w czasie ciąży lub w ciągu roku po urodzeniu dziecka dochodzić praw ojcostwa, które ustali sąd, i pociąga ojca do udziału w wydatkach na utrzymanie dziecka. Dzieci obowiązane są utrzymywać niezdolnych do pracy rodziców, rodzice dzieci. Sąd może pozbawić rodziców praw rodzicielskich, »o ile korzysta się z nich ze szkodą dla dzieci«.

Organizacja Kursów wiedeńskiego Wydziału lekarskiego zawiadamia, że utworzyła »Biuro wiedeńskich kursów dla lekarzy«, które udziela wszelkich informacyj, dotyczących kursów, a więc wykładów, zajęć praktycznych, wstąpienia do kliniki i t. p., a także informacyj, dotyczących umieszczenia. Oficjalny katalog kursów (Gelbbuch) ukazuje się cztery razy do roku; wydaje go bezpłatnie biuro kursów. Adres: »Bureau der Wiener Aerztekurse«, Wiedeń VIII Schlösselgasse 22.

Sprostowanie.

W artykule »Przypadek nawrotu tężca«. Polska Gazeta Lekarska Nr. 34 i 35 na stronicy 764 w 7 wierszu od dołu zamiast słów: »wyłączenie zarazków« powinno być: »wytyczenie warunków«.

Redakcja otrzymała:

Redakcja otrzymała: L. Leszczyński: Ueber Stärketeerbäder beim Pemphigus. Odb. z Derm. Wochenschr. T. 81. Nr. 29. 1925. — T. E. K. A.: Provizora Bulteneto de Tutmonda Esperantista Kuracista Asocio. Nr. 11. 1925. Lille. — A. Urbain: La réaction de Fixation dans la Tuberculose. Edit Masson 1925. — A. Martinet: Energetique clinique. Physiopathologie-Thérapeutique. Edit. Masson. 1925.

H. Higier. Die gegenseitige Stellung in klinischer, pathogenetischer und anatomisch-pathologischer Hinsicht der seiteneren Formen der entzündlichen, degenerativen und blastomatösen Hirnsklerosen im Lichte der neuesten Forschungen. Odb. z D. Ztschr. f. Nervhkd. T. 79. Z. 2. H. Higier. Pogranicze padaczki. Odb, z Warsz. Czas. Lek. 1924.

Powiatowa Kasa Chorych w Drohobyczu. Sprawozdanie za rok 1924.

K. Kosiński. Nerwy skórne poddudzia i stopy człowieka.

Wł. Szumowski. O doktoracie medycyny.

L. Hirszfeld i Seydel. Untersuchungen über die Vererbung normaler Antikörper I. u. II. (Sonderabdruck Z. f. Hygiene.).

L. Hirszfeld. Sprawozdanie z działalności naukowej Państwowego Zakładu Higjeny i Państwowego Zakładu badania surowic w Warszawie. (Odbitka »Medycyny doświadczalnej i społecznej« 1925).

L. Hirszfeld. Zagadnienia konstytucjonalizmu w świetle badań serologicznych. (Odbitka »Medycyny doświadczalnej i społecznej 1925).

Ch. Klecki et C. Pelczar. Plaquettes et choc anaphylactique. (Comptes rendus des séances de la Société de Biologie).

L: Pr. 20092/1925 r.

KONKURS.

Urząd Wojewódzki we Lwowie rozpisuje konkurs na jedną posadę prowizorycznego lekarza powiatowego w VIII st. sł. oraz jedną posadę praktykanta sanitarnego w X st sł.

Podania o nadanie powyższych posad, należycie udokumentowane, a w szczególności zaopatrzone w: 1. metrykę urodzenia, 2. dowód obywatelstwa polskiego, 3. dyplom doktora wszech nauk lekarskich, 4. dowód uregulowania stosunku do służby wojskowej, 5. opis przebiegu życia (życiorys), wnosić należy do 31. października 1925 r. do urzędu Wojewódzkiego we Lwowie.

Kompetenci, pozostający obecnie w służbie państwowej, winni wnosić podania w przepisanej drodze służbowej.

Podania osób, które przekroczyły 40 ty rok życia nie będą uwzględnione. Wojewoda: *Dr. Garapich.*

Ostrzeżenie!

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Obwodu Łuckiego na Wołyniu ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem posad w Łuckiej Powiatowej Kasie Chorych bez uprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

L :32 /25

Konkurs.

Zarząd Powiatowy w Brzeżanach ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Narajowie mieście oddalonego od m. Brzeżan 16 km., a do stacji kolejowej Dunajów 7. km. Do okręgu sanitarnego należy 16 gmin z ludnością 13 016 mieszkańców. Pobory według XII. kategorji płac urzędników państwowych wraz z ryczałtem kancelaryjnym i na objazdy służbowe. Podania należycie ostemplowane należy wnosić do Zarządu powiatowego w Brzeżanach najdalej do 30 października 1925, przy załączeniu: 1. dyplomu lekarskiego, 2. metryki chrztu, 3. świadectwa przynależności, 4. świadectwa odbytej conajmiej 2-letniej praktyki lekarskiej.

p o. Sekretarza: *Roskosz.* — Komisarz rządowy Starosta: *Jakubsche.*

KONKURS.

Niniejszem ogłasza się konkurs na stanowisko Kierownika Szpitala N. N. K. w Słonimie. Pobory według IX-ej kategorji płac, mieszkanie, opał i utrzymanie. Wymagana gruntowna znajomość chirurgji, ginekologji i położnictwa. Wolna praktyka dozwolona. Ubiegający się o tę posadę zechcą nadesłać do Nowogródzkiego Województwa Wydziału Zdrowia: 1. podanie, 2. curriculum vitae, 3. dowód przynależności państwowej, 4. dyplom lekarski, 5. świadectwo zdrowia, wydane przez lekarza urzędowego

Za Wojewodę:
Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Publ
(—) *Dr. Gustaw Chrzanowski.*

Ostrzeżenie!

Towarzystwo Lekarskie Ziemi Suwalskiej przestrzega Kolegów przed obejmowaniem stanowisk w Kasie Chorych miasta Suwałk, jako pozostających pod bojkotem miejscowego Towarzystwa Lekarskiego.

Za prezesa: *Dr. Barszczewski* — Sekretarz: *Lipiński*

L. I. 1909/25.

Konkurs.

Starostwo Krajowe Pomorskie poszukuje lekarzy psychjatrów dla Krajowych Zakładów Psychjatrycznych w Kocborowie i Swieciu.

Pobory VI - VIII grupy w myśl ustawy z dnia 9. X. 1923. zależnie od praktyki w psychjatrji, oraz 15% dodatek komunalny. Nadto dla VI i VII grupy specjalne wynagrodzenie od pacjentów I i II klasy.

Mieszkanie służbowe z wszelkiemi wygodami (światło elektryczne, wodociąg, kanalizacja i centralne ogrzewanie). Samotni mogą korzystać z kuchni zakładowej za niską opłatą.

Podania, zaopatrzone w świadectwa, życiorys z podaniem praktyki w psychjatrji i referencyj, wnosić należy do Starostwa Krajowego Pomorskiego w Toruniu.

L. dz. 2265/25.

KONKURS.

Zarząd Powiatowej Kasy chorych w Przemyślu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza-okulisty.

Pobory wedle umowy.

Podania należy wnosić najpóźniej do dnia 15 października 1925 na ręce Zarządu.

Do podania należy dołączyć dowód, że kandydat specjalizował się jako okulista.

Kierownik biura: *Leon Kohn* — Przewodniczący Zarządu: *Franciszek Mikruta*